

## JUBILÉ DES ANNALES

---

### MÉMOIRES ORIGINAUX

#### I

### DISPROPORTION ENTRE LA FRÉQUENCE DES EMPYÈMES DES CAVITÉS ACCESSOIRES DU NEZ SUR LE VIVANT ET SUR LE CADAVRE (1)

Par le Dr **LICHTWITZ**

Avant 1886 les suppurations des sinus passaient pour être rares et les quelques traités de rhinologie antérieurs à cette époque n'en parlent guère.

Ziem (1), en 1886, démontra le premier la fréquence de la sinusite maxillaire déjà entrevue par Jourdain (2) au siècle dernier ; plus tard, en 1892, Schaeffer (3) insiste sur celle de sinusite sphénoïdale et l'année suivante, en 1893, Grünwald (4) sur celle des cellules ethmoïdales. Nous ferons remarquer en passant que depuis le siècle dernier le sinus frontal a fait l'objet des travaux les plus nombreux, bien que les recherches anatomo-pathologiques récentes aient démontré que le sinus était de tous le plus rarement atteint. Cela tient, croyons-nous, à ce qu'on s'est occupé surtout des affections à manifestations extérieures en laissant de côté, faute d'un examen rhinoscopique, les empyèmes dits « latents ».

Dans la grande variété des travaux publiés depuis ces derniers temps, certains auteurs ont entre autres choses recherché à établir la fréquence relative des empyèmes des divers sinus. Tout le monde admet que la priorité revient au sinus maxillaire mais les avis sont partagés pour les autres sinus. Le fait que certains auteurs ont plus particulièrement poussé

(1) Communication faite au Congrès de Médecine de Lille, août 1899.)



Les travaux qui ont trait aux nécropsies comprennent plusieurs catégories : 1° Ceux où l'on n'étudie que la fréquence des lésions de certains sinus, du sinus maxillaire par exemple, Dmochowski <sup>(6)</sup>, 152 autopsies ; du sinus frontal, Engelmann <sup>(7)</sup>, 50 autopsies. 2° Ceux où l'on a étudié l'état des divers sinus dans certaines pyrexies, Moritz Wolff <sup>(8)</sup>, 22 cas de diphtérie ; 5 cas de rougeole et 2 cas de scarlatine, Lommel <sup>(9)</sup>, 10 cas de diphtérie, 9 fois les sinus sphénoïdaux participaient à l'inflammation.

Weichselbaum <sup>(10)</sup>, chez 10 personnes mortes de l'influenza, a noté l'inflammation des cavités accessoires du nez.

Ewald <sup>(11)</sup> rapporte un cas d'influenza chez un confrère où l'on trouva à l'autopsie un empyème des deux sinus maxillaires et des cellules ethmoïdales.

Siebenmann <sup>(12)</sup> a fait les mêmes constatations pour le sinus sphénoïdal retiré avec le rocher chez les personnes mortes d'influenza. Le même auteur dans 3 autopsies de typhiques a également trouvé un empyème aigu des sinus sphénoïdaux.

Zuccarini <sup>(13)</sup>. Dans 3 autopsies de malades morts d'érysipèle au cours de la fièvre typhoïde il existait des empyèmes des sinus dont deux empyèmes sphénoïdaux.

Kuchenbecker <sup>(14)</sup> rapporte 3 cas d'empyèmes des sinus sphénoïdaux chez 3 malades morts de fièvre typhoïde.

3° Enfin viennent les travaux qui ont rapporté indistinctement les cas d'empyème des divers sinus dans les diverses affections. Parmi ces derniers nous signalerons en première ligne ceux de Harké <sup>(15)</sup>, qui a rapporté le résultat de 400 autopsies pratiquées suivant une méthode spéciale à l'auteur adoptée également par E. Fraenkel <sup>(16)</sup>, 146 autopsies, et par notre assistant Lapalle <sup>(17)</sup>, 169 autopsies. Citons encore Kicer <sup>(18)</sup>, qui a publié le résultat sommaire de 200 autopsies et nous aurons signalé tout ce qui a été fait sur ce sujet.

Nous laisserons de côté les travaux de la 1<sup>re</sup> et de la 2<sup>e</sup> catégorie qui ne visent que des cas trop spéciaux de sinus particuliers ou d'affections des sinus dans certaines maladies déterminées. Par contre, nous nous occuperons tout spécialement des travaux de la 3<sup>e</sup> catégorie, ceux de Harke, Fraenkel et de Lapalle.

Le premier de ces auteurs ne fait suivre le rapport de ses autopsies d'aucune remarque. Nous croyons faire œuvre utile en réunissant ces cas, ceux de Fraenkel et ceux inédits que Lapalle a mis à notre disposition. Le tableau que nous dressons nous renseigne mieux qu'une longue description des faits sur les résultats des autopsies. N'ayant pas trouvé dans l'article de Kicer d'indications détaillées sur ses autopsies nous n'avons pas pu utiliser ses recherches dans ce tableau.

Ainsi Harke dans ses 400 autopsies a rencontré 116 sinusites, soit 29 %. E. Fraenkel dans 146 cas arrive à un chiffre plus élevé encore puisqu'il signale 63 empyèmes, c'est-à-dire 43,15 %. Il est vrai qu'il tient non-seulement compte des sinusites, mais des moindres lésions des parois, des tuméfactions et des kystes de la muqueuse, alors même qu'elles n'ont pas donné lieu à de la suppuration des sinus. Les chiffres de Lapalle qui, dans ses 169 nécropsies, a noté 55 sinusites, soit un pourcentage de 32,54 %, seraient également plus élevés si on y ajoutait les cas de kystes et de gonflement des parois.

Kicer a obtenu à peu près les mêmes résultats ; sur 200 nécropsies, en effet, il trouve 29,5 % de sinusites.

Voyons maintenant ce que donnent les statistiques sur le vivant.

Fein <sup>(19)</sup> rapporte la statistique de Chiari qui, dans sa clientèle privée, de 1892 à 1894, a constaté sur 2 280 malades 45 cas de suppuration des cavités accessoires, soit donc dans environ 2 % des cas.

Nous-même sur 12 000 malades observés durant ces dix dernières années, nous avons diagnostiqué 238 fois la suppuration d'un ou plusieurs sinus, ce qui donne également comme pourcentage le chiffre de 2 % ou plus exactement de 1,98 %.

Nos 238 cas de sinusite se répartissent comme suit : 123 empyèmes maxillaires, 56 à droite et 67 à gauche, et 26 cas d'empyèmes doubles.

Le sinus sphénoïdal était atteint de suppuration 13 fois à droite, 5 fois à gauche et 28 fois des deux côtés. Le sinus



	Hirke	Fraenkel	Lapalle
<i>Un sinus de même espèce</i>			
Sinusite maxillaire droite . . . . .	15	17	12
» » gauche . . . . .	11	13	12
» » double . . . . .	44	7	9
» phénoïdale droite . . . . .	3	7	3
» » gauche . . . . .	2	2	2
» » double . . . . .	7	1	1
» frontale droite . . . . .	0	0	0
» » gauche . . . . .	0	0	0
» » double . . . . .	0	0	0
» ethmoïdale droite . . . . .	2	0	0
» » gauche . . . . .	0	0	0
» » double . . . . .	0	0	0
<i>Deux sinus différents</i>			
Sinusite maxillaire et sphénoïdale . . . . .	1	8	3
» » frontale . . . . .	3*	1	0
» » ethmoïdale . . . . .	2	0	0
» sphénoïdale et frontale . . . . .	0	1	0
» » ethmoïdale . . . . .	1	0	0
» frontale et ethmoïdale . . . . .	0	0	1
» maxillaire et sphénoïdale double . . . . .	5	1	3
» » frontale double . . . . .	2	0	0
» » ethmoïdale double . . . . .	0	0	0
» sphénoïdale et maxillaire double . . . . .	0	4	1
» » frontale double . . . . .	0	0	0
» » ethmoïdale double . . . . .	0	0	0
» frontale et maxillaire double . . . . .	0	0	1
» » sphénoïdale double . . . . .	1	0	0
» » ethmoïdale double . . . . .	0	0	0
» ethmoïdale et maxillaire double . . . . .	1	0	1
» » sphénoïdale double . . . . .	0	0	1
» » frontale double . . . . .	0	0	0
» maxillaire double et sphénoïdale double . . . . .	6	0	1
» » frontale double . . . . .	1	0	1
» » ethmoïdale double . . . . .	3	0	0
<i>Trois et quatre sinus divers</i>			
Sinusite maxillaire sphénoïdale et frontale . . . . .	2	1	0
» » » ethmoïdale . . . . .	0	0	2
» » double sphénoïdale et frontale . . . . .	2	1	0
» » » frontale double et ethm. . . . .	1	0	0
» max double, sphén. double et front. double . . . . .	0	1	0
» max. double, sphén. front. et ethm. . . . .	0	0	1
» max. sphén. doub. front. doub. et ethm. doub. . . . .	1	0	0
	116	63	55

\* Dans un cas la sinusite maxillaire se trouvait à droite, alors que la sinusite frontale était à gauche. Dans les deux autres cas les sinusites maxillaire et frontale se trouvaient du même côté.

frontal contenait du pus 3 fois à droite, 4 fois à gauche et 8 fois des deux côtés. La sinusite ethmoïdale n'a été diagnostiquée que 3 fois. Dans 25 cas il existait un empyème de deux ou plusieurs sinus différents.

Ainsi donc, sur le vivant on ne trouve guère la sinusite que dans 2 % des cas, alors que sur le cadavre on la constate 30 fois environ sur cent. Et encore faut-il tenir compte que ces 2 % des cas ont été vus par des rhinologistes, c'est-à-dire par des médecins mieux placés que les autres pour la recherche de ces affections.

La plus grande partie des cas de sinusites doit donc rester méconnue pendant la vie. Harke dit en effet : « Des affections des cavités accessoires du nez ce n'est qu'un très petit nombre qui est diagnostiqué, c'est l'impression que donnent les autopsies de cette région. » E. Fraenkel<sup>(20)</sup> fait observer que parmi le grand nombre des affections des sinus découvertes dans ses autopsies il n'existait qu'un seul cas (cas 139) où l'on savait que le malade avait été atteint pendant sa vie d'hypersécrétion nasale. De même Lapalle, bien qu'il y ait apporté toute son attention, n'a rien pu trouver dans l'histoire des malades qui puisse lui faire supposer que l'affection sinusienne ait pu être diagnostiquée. Il n'existait pas non plus aucune trace d'une intervention quelconque pendant la vie et cependant les autopsies ont été faites dans des villes où se trouvent des cliniques rhinologiques.

A quoi tient cette disproportion de fréquence sur le vivant et sur le cadavre ? A plusieurs causes. D'abord les suppurations *aiguës* passent le plus souvent inaperçues, aussi bien dans leurs formes légères que dans leurs formes graves. Dans les premières, le malade se croyant atteint d'un simple rhume de cerveau ne va pas consulter le rhinologiste. Dans les dernières qui surviennent surtout durant une pyrexie quelconque, diphtérie, fièvre typhoïde, scarlatine, rougeole, influenza, pneumonie, la sinusite passe également inaperçue au milieu des symptômes généraux, tandis qu'elle est décelée à l'autopsie.

Dans les formes *chroniques*, la latence des symptômes qui souvent ne se traduisent que par une hypersécrétion nasale ou rétro-nasale n'attire point l'attention des malades, d'autant

que ceux-ci considèrent pour la plupart que « bien mou-cher » est une des conditions de la santé.

Si nous ajoutons enfin la difficulté du diagnostic pour les sinus frontaux et sphénoïdaux moins accessibles au lavage explorateur que le sinus maxillaire, nous ne nous étonnerons plus de cette disproportion qui paraît surprenante au premier abord.

1. ZIEM. — (*Monatschr. f. Ohrenheilk.* n° 2, 3 et 4, 1886).
  2. JOURDAIN. — (*Journ. de Médecine*, etc. Paris, 1764 et 1767).
  3. SCHEFFER. — (*Deutsche med. Woch.*, n° 47, 24 novembre 1892).
  4. GRÜNWALD. — *Die Lehre von den Nasenerkrankungen*, etc. (München u. Leipzig, 1893).
  5. LICHTWITZ. — (*Bulletin médical*, n° 85 et 86, 25 et 29 octobre 1893).
  6. DMOCHOWSKI. — (*Archiv. f. Laryngol.*, III, 3, p. 255-353, 1895).
  7. ENGELMANN. — (*Archiv. f. Laryngol.*, I, 3, p. 291-358, 1894).
  8. WOLFF. — (*Zeitschr. f. Hygiene u. Infectious-Krankheiten*, XIX Bd., 2 Heft. p. 225 262, 1895).
  9. LOMMEL (E.). — (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, XXIX, 4. Heft, nov. 1896, p. 344).
  10. WEICHELBAUM. — (*Wien. klin. Woch.*, 1890, n° 6-10).
  11. EWALD. — (*Deutsche med. Woch.*, n° 4, 23 janvier 1890).
  12. SIEBENMANN. — In travail de Kuchenbecker, voir n° 14.
  13. ZUCCARINI. — (*Wien. med. Woch.*, 1853).
  14. KUCHENBECKER (A.). — (*Monatschr. f. Ohrenheilk.* n° 3, 4 et 5, 1892).
  15. HARKE. — *Beiträge zur Pathologie u. Therapie der oberen Athmungswege etc.* (Wiesbaden, Bergmann, 1895).
  16. FRAENKEL (E.). — (*Virchow's Archiv.* Bd, 143. Heft 1, p. 42-98, 1896).
  17. LAPALLE (P.). — (*Arch. intern. de Laryngol.*, etc., mai-juin 1899).
  18. KICER (G.). — (*The Laryngoscope*, n° 2, 1899).
  19. FEIN. — (Wissenschaftl. Verein der K. u. K. Militärärzte der Garnison Wien, 19 mars 1898, in *Wien. klin. Woch.* n° 28, p. 701, 1898).
  20. E. FRAENKEL. — *Loc. cit.*, page 86.
-

## SUR LES RÉSULTATS CURATIFS DU MASSAGE VIBRATOIRE DANS LA SURDITÉ CHRONIQUE

Par le Prof. **OSTMANN**, de Marburg (1).

A la suite d'occlusions persistantes de la trompe consécutives à des otites moyennes, on voit souvent subsister des altérations de l'appareil conducteur du son qui résistent aux divers traitements habituellement employés.

Il est donc de notre devoir d'essayer tous les moyens thérapeutiques constituant un progrès au point de vue du traitement des surdités reconnues incurables jusqu'ici.

Le massage vibratoire de l'appareil conducteur du son semble remplir ces indications; les uns l'ont repoussé de prime abord et les autres l'ont prôné avec enthousiasme, mais je crois que personne encore n'en a tenté l'application scientifique sérieuse.

J'ai décidé cet essai à la suite de mes recherches expérimentales sur le massage de l'oreille (*Archiv. f. Ohrenheilk.* Bd 44 et 45, h. 1 n. 2) après avoir étudié le mécanisme des divers appareils de massage en usage et observé quelle était leur influence sur l'appareil conducteur du son de l'oreille normale.

Il aurait donc fallu rechercher d'abord expérimentalement quelle était l'action du masseur sur les altérations pathologiques de l'appareil conducteur du son, mais je n'ai pu jusqu'à présent aborder ce côté de la question. Je cherchai à connaître la valeur curative du massage vibratoire électrique par des

(1) Communication faite au VI<sup>e</sup> Congrès Intern. d'Otologie. Londres, août 1899.

observations cliniques recueillies sur des malades atteints de surdité dues à des otites moyennes chroniques. Tous les sujets observés étaient sourds depuis nombre d'années à des degrés variables et les divers traitements auxquels ils avaient été soumis avaient tous échoué. C'est par des recherches expérimentales sur l'oreille normale que j'ai trouvé le mode d'emploi le mieux approprié du massage vibratoire électrique, avec un déplacement maximum de 2 millimètres du piston, même lorsque les secousses aériennes se produisaient coup sur coup sans que l'oreille courût le moindre risque d'être lésée par une pression trop violente.

Le *mode d'application* est celui du masseur électrique de Hirschmann, de Berlin, avec un piston de 2 millimètres d'échappement, tous les jours pendant 10 minutes et davantage avec une rapidité telle que 1 000 à 1 200 secousses aériennes puissent être projetées sur le tympan. Dans un cas, le massage fut prolongé durant 25 minutes. Pour que le massage agisse, il faut naturellement que le conduit auditif soit à l'abri de l'air ; c'est seulement alors que l'appareil conducteur du son entrera en vibration ; le plus petit orifice accessoire entraine totalement l'action massante des ondes aériennes.

Par ce massage rapide on ne perçoit *objectivement* qu'une légère sensation de tension du manche du marteau et jamais d'irritation ; jamais non plus les malades n'accusent de troubles *subjectifs* ; ils ressentent plutôt l'impression de bruits au fond de l'oreille qui dure un quart d'heure après que le massage a cessé.

Jusqu'à présent j'ai vérifié expérimentalement cette méthode dans 4 cas, dont 3 de surdité chronique incurable consécutive à d'anciennes otites moyennes chroniques et un cas de sclérose tellement accentuée qu'on ne pouvait se faire comprendre à moins que ce ne fût par le mouvement des lèvres.

Pour m'assurer de l'action curative du traitement par le massage vibratoire, je commençai par examiner l'état de la fonction auditive avant le début et au cours du traitement afin d'arriver à être fixé aussi exactement que possible sur sa valeur comparée.

Dans ce but, en dehors des altérations perçues objectivement du côté de l'oreille, du nez et du pharynx, on vérifia pour chaque oreille la série continue de sons :

1. La limite supérieure et inférieure de l'audition.
2. La durée de la perception auditive pour  $b$ ,  $c$ ,  $c^I$ ,  $c^{II}$ ,  $c^{III}$ ,  $c^{IV}$ ,  $c^V$ , comparée à la normale.
3. L'audition à travers les os (Epreuve de Weber et de Schwabach).

3. La perception de chiffres énoncés à voix basse de 1 à 100 et de mots chuchotés ayant un son élevé, moyen ou grave.

Les résultats du massage furent les suivants pour les divers sujets :

Jamais on n'observa de grands changements au point de vue *objectif*. Les bruits très intenses perçus par tous les malades ne s'accrurent pas sous l'influence du massage, au contraire ils s'atténuèrent plutôt avec le temps, mais ne régressèrent pas complètement. Comme avant le massage, on observa aussi au cours du traitement et après des oscillations dans l'intensité des bruits subjectifs, mais ordinairement l'intensité primitive ne se remontra plus.

Chez certains malades la limite inférieure de l'audition se développa dans le bas et la durée de la perception des octaves de  $b$  à  $c^V$  s'accrut plusieurs fois dans des proportions assez importantes.

Voici quelques détails sur les observations :

OBS. I. — *Otite moyenne catarrhale chronique.*

FONCTION AUDITIVE AVANT LE MASSAGE

Pouvoir auditif  $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD., de E de la grande octave à 0,1 Galton.} \\ \text{OG., de Gis de la contre octave à 0,1 Galton.} \end{array} \right.$

La perception auditive des octaves  $b$  à  $c^{IV}$ , comparativement à la normale représentée par 100 est figurée dans les colonnes 1 des tables annexées à ce travail.

Weber incertain, plus prononcé à gauche ; Schwabach + 5 ; Rinne, chuchotement, de 8 à 15 centimètres à droite et 25 centimètres à gauche.

## DU MASSAGE VIBRATOIRE DANS LA SURDITÉ CHRONIQUE 471

Après l'examen de la fonction auditive, on entreprit encore quelques courtes expériences, puis on soumit quotidiennement les deux appareils conducteurs du son au massage. Au bout de 4 à 6 semaines, la fonction auditive fut examinée à nouveau de la même manière qu'avant le début du traitement. Les résultats de ces recherches sont consignés en détail sur le tableau ci-joint (voir pour l'observation I, les colonnes 2, 3 et 4).

*Après 4 mois de massage, la perception auditive bilatérale atteignait b et c<sup>v</sup> pour toutes les octaves, et s'était accru au point qu'à droite la limite inférieure de l'audition était montée de E. de la grande octave à b. de la contre octave; à gauche de Gis de la contre octave à b. de la contre octave.*

OBS. II. — *Otite moyenne catarrhale chronique.*

### FUNCTION AUDITIVE AVANT LE MASSAGE

Pouvoir auditif { OD., de A. de l'octave subcontrale à 0,1 Gallon.  
                          { OG., de D de la grande octave à 0,1 Gallon.

La durée de l'audition pour les octaves b à c<sup>v</sup> comparée à la normale, représentée par 100, est figurée pour l'observation II dans les colonnes 1 renfermant les champs du tableau annexé à ce mémoire.

Weber plus accentué à gauche; Schwabach + 7; Rinne, g — 18 sec.; g. — 16 sec (chiffres énoncés à voix basse (reste d'air) d. de 3 à 50 centimètres; g. de 3 à 5 centimètres.

Massage bilatéral du 9 octobre au 29 novembre 1898; des recherches entreprises durant les derniers jours fournirent le résultat suivant :

*Pouvoir auditif accru en bas :*

*A droite de A de l'octave subcontrale au b. de la même octave :*

*A gauche de D de la grande octave à E. de la contre octave :*

*Durée de l'audition.* — Colonnes 2 du tableau sous l'observation II; des deux côtés au contraire la plupart des sons n'ont pas beaucoup monté, quelques-uns ont un peu diminué.

OBS. III. — *Otite moyenne catarrhale chronique.*

## FONCTION AUDITIVE AVANT LE MASSAGE

Pouvoir auditif  $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD, de G. de la grande octave à 1,0 Galton.} \\ \text{OG., de A. de la contre octave à 1,0 Galton.} \end{array} \right.$

La perception de l'audition pour les octaves b à cv, comparativement à la normale figurée par 100, est représentée dans la colonne 1, observation III, du tableau ci-joint.

Weber plus marqué à droite; Schwabach + 44 sec.; Rinne, d.cI — 41 sec.; Chuchotement à droite de 3 à 13 centimètres; g.c — 23 sec.; à gauche de 3 à 30 centimètres.

Du 20 octobre 1898 au 11 février 1899, massage quotidien coupé de courtes interruptions; durant cette période, on examina encore la fonction auditive, les 23 novembre 1898, 18 janvier et 11 février 1899, et on peut lire le résultat des expériences dans les colonnes 2, 3 et 4. On voit que l'acuité auditive a très peu varié dans l'ensemble à gauche, la perception a légèrement diminué pour C<sub>4</sub> et C<sub>5</sub>.

Le pouvoir auditif inférieur s'est étendu :

A droite de G à D de la grande octave.

A gauche de A de la contre octave, à G de l'octave subcontrale.

Les bourdonnements s'atténuèrent considérablement sous l'action du traitement; ajoutons que la malade doit être notablement soulagée de ses maux d'oreille, bien que ceux-ci n'aient pas donné lieu à des symptômes subjectifs.

OBS. IV. — *Sclérose.*

## FONCTION AUDITIVE AVANT LE MASSAGE

Pouvoir auditif  $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD., de G de la contre octave à 3,6 Galton.} \\ \text{OG., de A de la contre octave à 2,2 Galton.} \end{array} \right.$

La durée de l'audition pour les octaves b à cv comparée à la normale, représentée par 100 est consignée dans la colonne 1 du tableau, observation IV.

Weber indécis : Rinne  $\frac{\text{d.cI} - 23 \text{ sec.}}{\text{g.c} - 12 \text{ sec.}}$  Schwabach + 5 sec.



En bouchant les deux conduits auditifs, le son n'est pas diminué dans son passage à travers les os ; seuls des chiffres énoncés à mi-voix sont entendus au voisinage immédiat de l'oreille.

A partir du 2 janvier 1899, avec de courts répit, la malade est soumise tous les jours pendant 15 minutes au massage avec un échappement de 2 millimètres très accéléré du piston, qui est porté quelquefois à 4 millimètres. Massage lent durant 4 minutes.

Le résultat est le suivant :

*Pouvoir auditif nul à droite*, allant à gauche de A à F de la contre octave et monté dans la partie supérieure de 2, 2 à 4,8 de Galton. L'accroissement de la partie supérieure doit être attribué à une erreur dans les recherches.

Au contraire la *durée de l'audition* bilatérale de tous les sons essayés avait augmenté dans des proportions assez sensibles, ainsi qu'on le voit sur le tableau ci-joint ; et un fait remarquable est la disparition de l'hypérémie de la muqueuse de la paroi médiane de la caisse.

Après 4 semaines de massage, on pouvait causer avec la malade en s'exprimant à voix haute au voisinage de l'oreille gauche.

Ces brèves observations ne peuvent évidemment suffire à nous donner une image complète des indications et de la valeur curative du massage vibratoire ; elles doivent plutôt être envisagées comme la preuve de la base scientifique de nos expériences qui j'espère apporteront une lumière complète à l'application du massage vibratoire.

On connaît déjà quelques faits généraux qui seront sans aucun doute élucidés par des recherches ultérieures.

Le massage vibratoire est indiqué :

I. Dans la *surdité chronique* consécutive à l'otite moyenne hypertrophique chronique.

J'ajouterai ici qu'*avant* d'appliquer ce traitement, il faudra soigner toutes les lésions nasales, pharyngées et tubaires afin d'éviter une réapparition des accidents aigus de l'oreille moyenne.

II. Dans la *surdité chronique* survenue à la suite d'un catarrhe aigu ou d'une otite moyenne, qui subsiste malgré toute la thérapeutique employée.

Le massage vibratoire est contr'indiqué :

I. *Dans toute les inflammations aiguës de l'appareil conducteur du son ;*

II. *Chaque fois qu'en cas de lésion de l'appareil percepteur du son, la conduction demeura normale ; s'il existe simultanément une affection de l'oreille moyenne ayant déterminé l'immobilisation de la chaîne des osselets, il faut agir avec beaucoup de précaution et voir auparavant si le massage peut être de quelque utilité.*

III. Vu son mode d'action, le massage est en général peu indiqué dans les otites moyennes, ayant provoqué des déplacements — *un enfoncement* — de la chaîne des osselets, de l'otite chronique catarrhe simple, ou une atrophie étendue de la membrane tympanique ou des adhérences, toutefois de nouvelles expériences démontreront jusqu'à quel point le massage est efficace ou nuisible.

Les avantages qu'on retire de son application dans certains cas sont encore incertains ; on n'obtient guère de résultats avant quinze jours de traitement si l'on veut que l'acuité auditive s'améliore tant soit peu ; au bout de ce laps de temps, c'est presque la règle que la plupart des malades ne retirent pas un bénéfice réel de la prolongation du traitement.

Je compte, par des recherches ultérieures, démontrer quels sont les cas dans lesquels le massage est relativement plus avantageux.

Le massage employé de la manière que je recommande est absolument indolore, et dans les cas où il est *exactement indiqué*, il ne cause nul accident accessoire ; parfois après quatre semaines de traitement on atteint le résultat désiré.

Ce travail a pour but d'inciter à des recherches *scientifiques* sur le massage afin de découvrir plus rapidement le filon caché dans cette nouvelle méthode.

---

### III

## DE L'INFLAMMATION PRIMITIVE DE L'APOPHYSE MASTOÏDE (1)

Par le Dr **TH. HEIMAN**, de Varsovie.

Parmi la quantité énorme d'affections de l'appareil auditif, que j'ai traitées et observées jusqu'à présent, j'ai très rarement rencontré la périostite primitive de l'apophyse mastoïde, et je n'ai jamais constaté un seul cas d'inflammation idiopathique ni de suppuration limitée aux cellules mastoïdiennes.

Les quelques cas de périostite primitive de l'apophyse mastoïde, que j'ai vus et qui ont donné naissance à un abcès sous-périostal, étaient toujours consécutifs à des traumatismes, une fois seulement l'érysipèle détermina une suppuration primitive; quant aux cas qui n'aboutirent pas à la suppuration, mais qui rétrocédèrent complètement ou produisirent l'épaississement et l'hyperplasie du périoste; ils provenaient de traumatismes, ou étaient la conséquence d'un refroidissement, de la syphilis ou de l'arthritisme. Un certain nombre de cas confondus de prime abord avec une inflammation primitive, après un examen plus minutieux, furent reconnus comme la suite d'affections purulentes ou exsudatives récentes ou peu accentuées de la caisse, d'inflammations du conduit auditif externe, ou des parties molles recouvrant l'apophyse mastoïde ou les parties voisines.

Les cas isolés d'inflammation et de suppuration primitive des cellules mastoïdiennes apparurent toujours à la suite

(1) Communication faite au VI<sup>e</sup> Congrès otologique international de Londres, août 1899.

d'affections de la caisse et du périoste de l'apophyse mastoïde, soit anciennes, soit en cours d'évolution.

Pas plus dans la littérature otiatrique ancienne que dans nombre d'ouvrages récents, on ne découvre la mention de l'inflammation primitive du périoste et de l'os mastoïdiens (Toynbee, Wilde, Itard, Bonnafont, Triquet, Kramer, Troeltsch, Hartmann, Bing etc.). Quant à ceux qui décrivent ces formes morbides (Politzer, Schwartze, Burkner, Gruber) ils considèrent également la première forme comme rare, et la seconde comme exceptionnelle. Les cas isolés d'inflammation du périoste et de l'os mastoïdiens ont été cités dans différentes publications, par Jacoby, Roosa, Ely, Voltolini, Knapp, Kirchner, Holtz, Blau, Schwartze, Christinek, Williams, Mènière, Kretschmann, Bezold, Politzer et d'autres auteurs. A l'examen critique de ces cas, on constate que plus d'une fois, le diagnostic a été erroné et que ce n'étaient en réalité que des inflammations secondaires. Comme exemple je citerai quelques-uns de ces cas. Politzer rapporte une observation de périostite primitive suppurée de l'apophyse mastoïde ayant pour origine une inflammation de la lèvre supérieure du malade, qui gagna le pavillon, les parties mastoïdiennes molles et s'étendit à l'apophyse. A mon avis ce n'est que la forme la plus simple d'inflammation secondaire de la mastoïde, et cette inflammation aurait été primitive, si elle avait débuté par le périoste de l'apophyse. Kretschmann dans son travail dit que le malade, avant l'apparition de la périostite, souffrait d'une inflammation parasitaire de l'oreille externe; nous devons par conséquent admettre que dans ce cas, la cause de la périostite mastoïdienne était une affection primitive de l'oreille externe; du reste, l'auteur lui-même admet cette hypothèse. Schwartze relate un cas d'inflammation de l'os même de l'apophyse chez un enfant de 9 mois, aggravée de syphilis héréditaire; mais l'auteur dit aussi qu'il existait une suppuration auriculaire et une perforation de la membrane du tympan. Schwartze mentionne également dans son *Anatomie pathologique de l'oreille* (page 110) un cas d'inflammation primitive purulente des cellules mastoïdiennes qui lui a été communiqué verbalement par Zaufal et qui se termina mortellement à la suite de l'in-

inflammation des sinus cérébraux. Toutefois Zaufal, autant que l'on en peut juger, considère ce cas comme la suite d'une inflammation de l'oreille, provoquée par des pneumocoques.

D'après Zaufal l'abcès mastoïdien peut se former dans des cas de ce genre un certain temps après la cessation des troubles de la caisse, et le retour de l'ouïe à l'état normal. Aussi, strictement parlant, les cas de Zaufal, cités par Schwartz, ainsi que leurs congénères, ne peuvent être considérés comme des inflammations primitives de l'apophyse mastoïde, attendu que le point saillant de l'affection mastoïdienne est comme nous le voyons toujours une affection antérieure de la caisse. Bezold prétend, que nous avons assez souvent l'occasion d'observer des accumulations de pus dans la mastoïde, où la matière se déverse sous le périoste, ou sous les parties molles de l'apophyse et ces accumulations se développent à la suite de suppurations récentes ou anciennes de la caisse; en outre il n'est pas nécessaire qu'il y ait eu perforation préalable de la membrane du tympan. Roosa est presque du même avis, Bezold explique l'origine de ces suppurations tardives de la mastoïde, par le fait que, dans l'affection auriculaire, la mastoïde est atteinte presque simultanément; toutefois le développement de l'affection mastoïdienne, ou plutôt sa réaction n'apparaît qu'au bout d'un certain temps, probablement par suite de l'influence de facteurs propices favorisant le développement des produits morbides renfermés dans l'apophyse.

J'ai recueilli dans ma pratique quelques cas, qui à première vue peuvent être considérés comme des affections inflammatoires primitives de l'apophyse mastoïde, et que pourtant je considère comme secondaires.

Pendant l'épidémie d'influenza qui régna en 1889, à Varsovie, je fus appelé auprès d'une jeune femme, qui à la suite de la grippe fut atteinte d'une otite gauche externe et moyenne (affection caractéristique, otite externe bulleuse, hémorrhagique et otite moyenne) avec violentes douleurs dans l'oreille; l'apophyse mastoïde était sensible à la palpation. Par l'application de remèdes appropriés, en 3 jours, les douleurs cessèrent, les vésicules du conduit auditif externe et de la membrane tympanique s'ouvrirent ou se résorbèrent; au bout de quinze jours la malade se

sentait tout à fait bien, la membrane était pâle, on apercevait encore à la surface quelques vaisseaux sanguins hyperémies. L'ouïe auparavant considérablement affaiblie (la malade au troisième jour de la maladie ne percevait le tic tac de la montre ni par la voie osseuse ni par la voie aérienne ; quant à la conversation à haute voix elle ne l'entendait pas au delà de 1 mètre) s'améliora au point qu'elle percevait la montre par les voies crânienne et aérienne, à 8 centimètres de l'oreille, la parole à 5 mètres. Cet état dura 10 jours, la malade entra en convalescence, et continua à vaquer aux soins du ménage. Ayant par hasard regardé par la fenêtre, elle ressentit presque immédiatement de violentes douleurs mastoïdiennes à droite, de légers picotements dans l'oreille, puis des frissons et une forte fièvre. En examinant l'oreille de la malade le soir même, je trouvai la membrane droite du tympan un peu trouble, à la suite de l'inflammation ; on apercevait le manche du marteau et sa courte apophyse, l'audition était presque normale. La mastoïde ainsi que les parties molles qui la recouvraient ne présentait pas le moindre changement objectif, la pression exercée sur l'apophyse en augmentait la sensibilité. Des douleurs violentes au fond de la mastoïde, une forte fièvre (40, et 39°) avec rémission légère le matin (39 et 38,7°), tel fut le tableau presque ininterrompu pendant 5 semaines. Tous les moyens thérapeutiques tels que le froid, la chaleur sous diverses formes, les sangsues, la teinture d'iode, la paracentèse de la membrane du tympan effectuée à deux reprises ainsi que la médication interne (bromure, salol, codeine, morphine) demeurèrent inefficaces ou n'apportèrent qu'un soulagement momentané. Je m'étais décidé à ponctionner la membrane du tympan, supposant l'existence d'une sécrétion de la caisse, que je ne pouvais constater vu l'opacité de la membrane ; et la douche d'air ne fournissait aucun indice. Chaque fois je n'obtenais qu'une goutte de sang provenant de la membrane tympanique. Pendant tout le temps l'audition demeura presque normale à gauche. Au bout de cinq semaines survint une infiltration inflammatoire de l'extrémité inférieure de l'apophyse et des parties molles avoisinantes du cou et en même temps l'oreille laissa couler une grande quantité de pus, qui, comme le démontra l'examen, avait perforé la membrane du tympan dans le haut de la partie postéro supérieure. Malgré la suppuration, les douleurs mastoïdiennes persistaient, quoique moins violentes, et la température céda pour la première fois. Devant la persistance de la douleur et de l'œdème des parties molles, je pratiquai l'ouverture de l'apophyse mastoïde ; au fond

je ne trouvai que deux gouttes de pus ; une partie des cellules étaient détruites et remplies de granulations, le reste de l'os était rouge. Dès ce moment l'état de la malade s'améliora ; six semaines plus tard la plaie était cicatrisée.

Un lieutenant-colonel âgé de 46 ans, au cours de l'été de 1893, fut atteint d'un rhume de cerveau et remarqua qu'il entendait de moins en moins par l'oreille droite ; à l'examen je constatai des symptômes de catarrhe aigu de la trompe d'Eustache, et de la caisse droite, avec exsudat séreux insignifiant. Le malade ne percevait le bruit de la montre que par l'application contre le pavillon ; le diapason à 4 centimètres de l'oreille et la voix à 1 m. 50. La perception crânienne était amplifiée. Rinne négatif. Douche d'air au moyen de la sonde, le malade se rétablit complètement en quinze jours et partit guéri. 4 mois après, il revint accusant des bruits dans l'oreille droite, de la surdité et des douleurs au voisinage de l'apophyse mastoïde droite et dans la région occipitale du même côté. Ces accidents s'étaient déclarés la semaine précédente, à la suite de grandes fatigues aux manœuvres. La membrane du tympan était normale sauf un léger refoulement. La douche d'air excluait l'existence d'un gonflement de la trompe ou d'exsudats dans la caisse. La douche d'air appliquée pendant 15 jours fut abandonnée, car elle n'eut aucun effet sur la surdité et les bruits. Cependant la douleur mastoïdienne augmentait graduellement, et dura sans interruption pendant 6 semaines ; elle privait le malade de sommeil, et le plus souvent était intolérable. La pression du doigt sur l'apophyse mastoïde n'en augmentait guère la sensibilité. Tous les moyens thérapeutiques échouèrent ou ne procurèrent qu'une amélioration passagère. Une quadruple ponction de la membrane du tympan n'amena pas dans la caisse la moindre trace de sécrétion. On n'observa pas le moindre changement objectif sur les parties molles de l'apophyse mastoïde, pas plus que dans son voisinage. Six semaines après apparaissaient les frissons, le malade eut la fièvre, sa figure prit une teinte jaune terreuse. Au bout de quelques jours, on reconnut l'existence d'une infiltration dure envahissant la région mastoïdo-occipitale ainsi que presque toute la partie postéro-latérale du cou, et presque simultanément le conduit auditif externe livra passage à une grande quantité de pus. Malgré tout les douleurs apophysaires persistaient. Trépanation mastoïdienne, la couche externe était sensiblement hypertrophiée ; quant aux cellules plus profondes et à l'antre mastoïdien ils étaient remplis de pus et de granulations ; un certain nombre des cellules de l'apophyse

ne formaient qu'une seule cavité. Je pratiquai une incision large et profonde le long du bord postérieur du muscle sternocléido-mastoïdien ; sous l'aponévrose moyenne du cou se trouvait une forte infiltration purulente. Alors seulement cessèrent les douleurs et les autres symptômes graves. La plaie se cicatrisa en 3 mois ; l'audition redevint absolument normale.

Un homme de 57 ans fut, sans raison apparente, atteint de bruits dans l'oreille gauche, compliqués de légers picotements et de violents maux de tête dans la région qui gagnèrent par la suite l'apophyse mastoïde gauche. L'examen des oreilles indiqua une légère hypérémie du tympan gauche, l'épreuve de l'ouïe révéla une légère diminution de l'audition à gauche. Les douleurs de la région occipitale gauche durèrent presque sans interruption pendant 4 mois.

Deux ponctions de la membrane du tympan ainsi que d'autres traitements locaux ou généraux, ne servirent pas à grand chose. Quelques jours après la seconde ponction de la membrane tympanique, je vis une quantité minime de pus sortir de la caisse, sans que cela exerçât la moindre influence sur les maux de tête.

Aucun changement sur les parties molles de la mastoïde. Au bout de 4 mois et demi les douleurs étant devenues intolérables, le malade consentit à la trépanation mastoïdienne. Les cellules étaient remplies de granulations avec très peu de pus. J'ouvris l'apophyse jusqu'à l'autre. Après l'opération les douleurs cessèrent, la plaie se cicatrisa, deux mois et demi après, l'ouïe était revenu à l'état normal.

J'eus l'occasion de soigner d'autres cas similaires, mais je me contente de citer ces trois observations. Comme nous le voyons l'affection de la caisse était insignifiante, non invétérée et il était facile de méconnaître ses rapports avec les altérations mastoïdiennes.

Il est vrai que j'ai traité il y a quelques mois un malade que l'on pourrait considérer comme atteint d'une inflammation primitive de la mastoïde chez lequel l'inflammation se développa comme une ostéite condensante, ce cas lui-même n'est pas typique. Je fus appelé auprès d'un malade atteint depuis un mois d'une otite moyenne gauche aiguë avec sensibilité de l'apophyse mastoïde à la pression, dans la région cor-



respondant à l'antra mastoïdien le tout accompagné de fièvre violente à caractère pyémique et d'un affaiblissement général.

Je pratiquai l'ouverture de l'apophyse mastoïde sur une grande étendue, je trouvai un abcès sous-dural et mis à nu la dure-mère dans la région du sinus transversal. Pendant l'opération je remarquai la surface irrégulière presque stalactiforme de l'apophyse, ainsi que sa dureté et son volume qui atteignait 2 centimètres, avant que je n'eusse découvert le foyer purulent dans l'apophyse. J'avais, en un mot, sous les yeux le tableau de la sclérose mastoïdienne que nous rencontrons souvent dans les suppurations chroniques de la caisse. Le malade qui était intelligent, affirmait qu'il n'avait jamais souffert de l'oreille, fait confirmé par la marche de la maladie après l'opération, le retour rapide de l'ouïe à l'état normal, et la cicatrisation de la membrane du tympan. Toutefois, une quinzaine d'années auparavant, le malade avait reçu un coup de sabot sur l'oreille et l'apophyse mastoïde gauche, dont il avait souffert pendant plusieurs mois avec complication de légères douleurs dans la région du traumatisme. L'oreille demeura indemne. Nous avions par conséquent affaire ici à une inflammation mastoïdienne ancienne d'origine traumatique; que je considère non comme primitive mais comme la suite de l'inflammation périostique de cette région.

Probablement, plus d'un cas analogue à ceux que j'ai cités, a été considéré comme inflammation primitive de l'apophyse mastoïde. D'après ce que nous avons dit, on est convaincu que les cas d'inflammation mastoïdienne primitive n'ont pu être renfermés dans cette catégorie, par ceux qui les ont décrits ou qu'un certain nombre d'entre eux constituaient des états morbides secondaires. Par contre, pas mal de praticiens sérieux mettent en doute l'existence de l'inflammation primitive de la mastoïde en général. Bezold prétendait à l'origine que tout en n'excluant pas la possibilité d'une propagation mastoïdienne du côté de la trompe, ou par la circulation du sang, surtout au cours de maladies générales, même à l'autopsie, on ne pouvait se prononcer en faveur de la primordialité des altérations de l'apophyse mastoïde, aussi doit-on

être très circonspect au point de vue du diagnostic sur le vivant.

Avec le temps, Bezold finit par se convaincre que les cas d'inflammation purulente idiopathique de la mastoïde sans participation de la caisse, sont généralement douteux.

Roosa dit que certains cas décrits sous le nom de périostites primitives mastoïdiennes, après examen attentif, se sont montrés douteux, vu que c'étaient des formes morbides dans lesquelles le périoste de la mastoïde était plus sérieusement atteint que la muqueuse des autres parties de l'oreille moyenne, et où l'affection de la caisse était presque à son déclin, alors que dans le périoste la maladie avait atteint son plein développement. J'observai les mêmes faits chez mes malades porteurs d'inflammation des cellules mastoïdiennes. Weil cite de nombreux exemples d'erreurs de diagnostic. Enfin, Buck doute que nous ayons même le droit de parler de périostite primitive de l'apophyse mastoïde, et dit qu'il n'a jamais rencontré un seul cas que l'on puisse en toute conscience rapporter à cette catégorie. Les cas d'inflammation apparente chez les enfants s'expliquent, par le fait, que chez eux le pus se fraye plus facilement le chemin de la caisse par l'apophyse mastoïde que par la membrane du tympan.

Théoriquement, l'inflammation mastoïdienne primitive s'effectue par la voie des vaisseaux sanguins et lymphatiques, au moyen desquels les éléments morbides, c'est-à-dire les microcoques passent d'un foyer déterminé dans l'apophyse mastoïde, et c'est par là que pourrait survenir l'inflammation primitive dans la syphilis, la tuberculose, la scrofule, la diphtérie, la scarlatine, la fièvre typhoïde. L'inflammation primitive de la mastoïde offre une certaine analogie avec l'ostéomyélite aiguë. Comme Kocher l'a démontré le premier, l'étiologie de la maladie est la suivante : les microcoques pathogènes doivent d'un point quelconque de la peau, des poumons, des organes digestifs, pénétrer dans le sang et par son entremise, pour des raisons anatomiques, se fixer dans les vaisseaux de la moelle des os, s'y développer et provoquer les suppurations septiques avec participation de l'os et du périoste. D'après les expériences de Colzi, les microcoques arrivent le plus souvent

de la peau dans le sang, plus rarement par d'autres voies. Le traumatisme facilite le développement de l'ostéomyélite.

Peut-elle provenir d'un refroidissement, cela n'a pas été prouvé jusqu'à présent ? mais on peut supposer que l'inflammation a cette origine. Elle se développe également à la suite d'exanthèmes aigus et de suppurations de différents organes.

Donc, tout foyer purulent peut déterminer une myélite aiguë par le contact avec les bacilles pyogéniques. Et, par suite, pour que l'ostéite mastoïdienne primitive survienne, il doit exister avant tout un foyer purulent sur ou dans l'organisme, d'où les germes pyogéniques par la voie sanguine gagneraient la mastoïde. Et cependant, personne ne rapporte d'observations de cette nature, non plus que de celles où l'inflammation primitive de la mastoïde se développerait sous l'influence d'exanthèmes aigus.

Politzer, qui, dans son manuel, présente le tableau clinique détaillé de la périostite et de l'ostéite primitives de la mastoïde, comme cause originelle de l'inflammation de l'os lui-même, ne parle que du traumatisme, du refroidissement et de la syphilis, sans signaler d'autres maladies contagieuses. A mon avis, toutes les affections de ce genre débent toujours par une inflammation modérée du périoste ou de la caisse qui attaque l'os ultérieurement.

Toutefois, B. Fränkel a rencontré dans l'inflammation de la cavité pharyngienne et presque toujours dans le pharynx à l'état normal, le staphylocoque pyogène doré et blanc ; si c'était là un des facteurs provoquant l'inflammation primitive de la mastoïde et si ce microcoque sortant du pharynx s'introduisait par le sang dans les cellules mastoïdiennes, il serait difficile de s'expliquer la rareté de cette inflammation. Il est peu probable que les microbes après avoir abandonné le nasopharynx laissent indemnes la trompe d'Eustache et la caisse et y perdent leur vitalité, pour la retrouver dans des conditions favorables, dans l'apophyse mastoïde.

On reconnaît l'existence de la périostite mastoïdienne primitive lorsque l'on observe un gonflement douloureux, dur, strictement limité ; dont le revêtement cutané n'est que faiblement ou non attaqué par l'inflammation, en cas d'absence de

symptômes inflammatoires du côté du conduit auditif externe, de la membrane du tympan, de la caisse et des autres portions du temporal et des parties molles avoisinantes, et enfin lorsqu'on peut exclure absolument toute lésion récente de l'oreille ou des parties molles de l'apophyse. Quant à savoir si la tuméfaction disparaît ou si elle donne naissance à la suppuration, c'est une question secondaire. Malgré l'affirmation de Roosa et de Buck, je suis d'avis que l'existence de cas de ce genre ne saurait être mise en doute; ils sont rares, il est vrai, mais tout auriste les rencontre de temps en temps dans la pratique. Pour plus d'exactitude, je ferai remarquer que je ne range pas dans cette catégorie d'inflammation les cas où l'on constate simultanément l'existence d'une suppuration des parties molles, recouvrant l'apophyse (phlegmon).

Je crois inutile d'ajouter que l'inflammation, l'infiltration et la suppuration des glandes lymphatiques sur l'apophyse mastoïde, ainsi que le gonflement douloureux du périoste et des parties molles, rencontrées çà et là dans les inflammations circonscrites du conduit auditif externe, n'ont rien de commun avec la question qui nous occupe.

Le diagnostic de l'inflammation primitive des cellules mastoïdiennes repose sur l'existence de violentes douleurs persistantes au fond de l'os, sur l'absence de toute altération du côté du périoste et des parties molles de la mastoïde, ainsi que du côté de l'oreille externe, de la caisse et de la membrane du tympan.

Lorsqu'au moment du premier examen, il existe un gonflement ou une suppuration de la mastoïde, ou bien lorsqu'il y a des altérations de la caisse, le diagnostic devient impossible; n'oublions pas non plus que l'inflammation mastoïdienne est en général difficile à reconnaître. Politzer est d'avis que si, après l'incision de la peau jusqu'à l'os, la douleur ne cède pas, l'existence d'une suppuration profonde dans l'os devient vraisemblable. Toutefois cela ne préjuge pas selon moi la primordialité de la lésion osseuse. D'autre part, comme le prétend Politzer à bon droit, les douleurs mastoïdiennes répétées et persistantes sans modifications apparentes de la surface externe, et sans que rien révèle la présence du pus dans la caisse, ces

symptômes, dis-je, ne prouvent pas encore que l'on soit en présence d'une suppuration de l'apophyse, attendu que ces signes s'observent dans les névralgies surgissant au cours de scléroses mastoïdiennes. L'absence de sensibilité de l'apophyse dans les cas d'affection de l'oreille externe ou de la caisse n'exclut pas son état inflammatoire. Mais, même l'existence de tous les symptômes caractérisant la suppuration mastoïdienne ne révèle pas toujours la présence de cette altération et ne permet nullement de diagnostiquer une inflammation primitive. Comme exemple, je citerai en quelques mots le cas suivant. Il y a quelques années, je soignai, à l'hôpital, un militaire qui, sans raison apparente, avait depuis quelques jours des frissons, une forte fièvre et de vives douleurs dans la mastoïde droite. La membrane du tympan était normale. Quatre jours après, l'état du malade n'ayant pas changé et les douleurs mastoïdiennes devenant intolérables, devant l'échec des moyens ordinaires, je perforai la membrane tympanique sans cependant obtenir la moindre sécrétion. Après avoir attendu quelques jours, je trépanai l'apophyse mastoïde, vu la persistance de la douleur et de la fièvre. La mastoïde était absolument saine, ses cellules vides, et sa muqueuse brillante, et d'un aspect gris-jaune. L'opération n'influa pas sur les accidents, le malade succomba en quelques jours, et, à l'autopsie, on reconnut une infection typhique. Schwartz dit à bon droit que le seul véritable signe de suppuration des cellules mastoïdiennes est la présence du pus dans l'os que l'on vient d'ouvrir.

En résumant ce que nous avons dit, concernant la périostite et l'ostéite primitives de l'apophyse mastoïde, nous arrivons aux conclusions suivantes :

La périostite mastoïdienne primitive est sans aucun doute une maladie rare apparaissant sous une forme clinique distincte. L'ostéite primitive de la mastoïde existe théoriquement, mais tous ceux qui la mentionnent la considèrent comme une affection exceptionnelle, attendu que les cas décrits jusqu'ici reposent sur des erreurs de diagnostic, et que des auristes très compétents doutent de l'existence de cette affection. Quant à moi personnellement, sur une quantité de malades examinés

attentivement, je n'ai constaté aucun cas absolument net, que l'on pût, sans hésitation, prendre pour une ostéite mastoïdienne primitive, attendu que l'anamnèse, qui permettrait d'exclure les lésions récentes de la caisse ou des parties voisines de la mastoïde, surtout chez les sujets d'intelligence bornée, est le plus souvent inexacte et trompeuse, attendu que l'examen de l'inflammation mastoïdienne est généralement malaisé, et qu'enfin, même au point de vue théorique, nous possédons des données insuffisantes pour expliquer l'origine de cette affection que nous nous bornons à reconnaître par analogie ; pour toutes ces raisons, l'ostéite primitive de la mastoïde doit être considérée comme un produit artificiel qui, en réalité, n'existe pas.

*Bibliographie.*

- BURKNER. — Lehrbuch der Ohrenheilkunde 1892, page 270, avec indication des sources des cas isolés.
- MÉNIÈRE. — *Revue mensuelle de laryngologie* 1887, n° 17.
- ROOSA. — Lehrbuch der praktischen Ohrenheilkunde 1889, page 282 et suivantes, édition allemande.
- GRUBER. — Lehrbuch der Ohrenheilkunde 1888, p. 483.
- JACOBY. — Zur Casuistik der primären und secundären Periostitis und Otitis des Procc mastoid. A. F. O. T. XVI, page 286.
- WILLIAMS. — Ein Fall primärer Periostitis des Warzenfortsatzes. Z. F. O. T. XVII.
- VOLTOLINI. — M. F. O. T. XI.
- POLITZER. — Lehrbuch der Ohrenheilkunde, ed. III, 1893, page 414 et suivantes.
- WEIL. — Zur operativen Behandlung der Eiterung im Mittelohr und Warzenfortsatz. Wuerttembergisches med. Correspond. 1891, n° 6.
- SCHWARTZ. — A. F. O. T. XIX, page 231, et *Pathologische Anatomie des Ohres* 1878, pages 110-111.
- ZAUFAL. — Fälle von gemeiner acuter. Mittelohrentzündung veranlasst durch den Diplococcus pneumoniae und complicirt mit Abscess. des Proc. mast. Prager med. Wochenschrift 1889, n° 36.
- KRETSCHMANN. — A. F. O. T. XXIII, page 234.
- BEZOLD. — Ueberschau ueber den gegenwärtigen Stand der Ohren heilkunde, 1895.
- BUCK. — Diseases of the ear p. 355.
- BEZOLD. — Primäre Erkrankung des Warzentheiles, etc. ; in Manuel d'otologie de Schwartz, T. II, page 326.
- SCHWARTZ. — Die chirurgischen Krankheiten des Ohres, 1885, page 308 et suivantes.
-

#### IV

### LA TRANSPARENCE BLEUE DU TYMPAN « TYMPANUM CÆRULEUM » ET LA FORMATION DE VARICES DANS LA MEMBRANE TYMPANIQUE

Par le Dr **F. ROHRER**, docent d'otologie à l'Université de Zurich (1).

En général, la coloration du tympan provient d'une combinaison des propriétés optiques de la membrane, de la qualité de la lumière employée pour l'examen, de la quantité et de la couleur des rayons réfléchis par la paroi médiane de la caisse, le promontoire.

Outre la coloration gris neutre ou gris perle observée normalement chez l'adulte, nous voyons une teinte gris pâle ou gris rougeâtre et mate chez les nouveau-nés et les nourrissons, et chez les enfants un gris légèrement trouble et souvent mat de la membrane.

A l'état sénile, nous remarquons les altérations typiques d'épaississement, d'opacité, de dégénérescence graisseuse, calcification et cicatrisation.

Le tympan opaque a une coloration bleuâtre ou bleu verdâtre ; c'est exceptionnellement qu'on trouve à l'examen des tympans d'un bleu assez pur ; car ce sont, sans doute, des cas où la membrane a sa coloration normale.

La transparence bleue est d'une observation très rare.

Nous connaissons le cas de Ludewig (*Archiv. f. Ohrenh. Bd XXIX*), concernant une hémorrhagie dangereuse survenue après la paracentèse du tympan, par suite d'un traumatisme

(1) Communication faite au VI<sup>e</sup> Congrès International d'otologie, tenu à Londres du 8 au 12 août 1899.

du bulbe jugulaire. Chez ce malade, la partie postéro-inférieure était d'un bleu transparent.

Pour apercevoir le bleu du bulbe jugulaire à travers le tympan diaphane, il faut qu'il existe une *déhiscence de la paroi osseuse médiane de la caisse* ; c'est von Troeltsch qui attira l'attention sur ces particularités anatomiques décrites par Toynbee dans sa célèbre *nomenclature descriptive* (Londres, 1857). Ces faits ont été confirmés par Zuckerkandl et Fridlowsky, et dans l'excellent travail de Körner sur la fosse jugulaire et les déhiscences du plancher de la caisse.

Le sinus transverse étant plus développé à droite qu'à gauche, la fosse jugulaire présente la même particularité. Aussi la paroi osseuse touchant la caisse, doit-elle être plus mince à droite qu'à gauche, et, par conséquent, on rencontre plus fréquemment des déhiscences à droite.

C'est Gomperz qui a le plus fidèlement décrit des observations de transparence bleue du tympan et de protrusion du bulbe jugulaire dans la caisse. Il a réuni 5 cas de lésions du bulbe consécutives à la paracentèse, et il dit avoir vu dans sa clientèle 3 cas de transparence bleue de la membrane ; il prouve que la coloration bleue tire son origine en arrière de la membrane et non de la membrane elle-même, en pratiquant une aspiration avec le spéculum pneumatique de Siegle. Dans un cas on percevait des bourdonnements, tandis qu'on voyait gonfler une protubérance bleue dans la région postéro-inférieure en comprimant la veine jugulaire correspondante.

Le cas de transparence bleue du tympan que j'ai observé est unique, car il est compliqué de *véritables varices* se montrant alternativement à droite et à gauche sur le tympan et remarquable par la coloration bleu d'outre-mer de la membrane.

Ce cas concerne un enfant rachitique que je soigne depuis 1894, et que je n'ai pas perdu de vue depuis cinq ans et demi. La coloration et l'apparition des varices se montraient alternativement à droite et à gauche, et j'ai vu des varices se former, puis disparaître pendant un laps de temps assez prolongé. La couleur des varices oscillait du bleu foncé au violet vif et au



rose violacé ou bleuâtre. Les varices, au nombre de une à quatre, siégeaient à la partie postérieure de la membrane de Shrapnell et variaient de la dimension d'un grain de chènevis, à celle d'un grain de poivre et d'un pois. Au point de vue clinique, la coloration bleue du tympan a une grande importance surtout pour décider les interventions opératoires sur le tympan.

---

## ABCÈS ANTÉRIEURS DE LA MASTOÏDE ET FURONCULOSE DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

(ESSAI DE DIAGNOSTIC.)

Par le D<sup>r</sup> **LOUIS BAR** (de Nice.) (1)

Les abcès des cellules limitrophes antérieures de la mastoïde constituent une variété d'abcès qui peut être confondue avec un abcès furonculaire ou sudoripare (1) et dont Lubet Barbon et Broca (2) ont essayé de fixer les éléments de diagnostic. Ce n'est donc point une rareté que d'apporter quelques observations personnelles, mais c'est une occasion favorable pour reprendre l'analyse minutieuse des symptômes en vue d'un diagnostic différentiel, souvent aussi important qu'extrêmement difficile à poser. C'est ce que nous nous proposons de faire après l'exposé de ces observations.

Des quatre observations qui nous suivent : la première et la deuxième sont des exemples de ces abcès en pleine évolution et d'un diagnostic qui ser longtemps difficile ; la troisième est un exemple de la terminaison de ces abcès ; la quatrième indique comment ces abcès débuent.

OBSERVATION I. — M<sup>me</sup> R... que notre distingué confrère et ami D<sup>r</sup> Vivan (de Monte-Carlo) nous pria d'observer avec lui, est une

(1) Communication au Congrès international d'otologie (Londres, août 1894).

(2) SIMON DEPLAY. — Maladies de l'appareil auditif in *Traité de chirurgie*, p. 91, p. 618.

(3) BROCA et LUBET-BARBON. — *Les suppurations de l'apophyse mastoïde et leur traitement*, p. 62.

jeune femme bien portante, légèrement anémique, qui très rapidement fut prise de douleurs violentes dans le conduit auditif externe gauche avec irradiation à la face, inflammation du méat, suppuration légère, état fébrile à peine notable quoique précédé de frissonnements. Adénite prætragienne; traction douloureuse du conduit. Au moment où nous voyons la première fois la malade (1<sup>er</sup> jour) le conduit auditif externe, très fortement tuméfié par un gonflement non acuminé, douloureux au toucher, sans rougeur vive, plus marqué à la paroi postérieure, laisse sourdre à travers la tuméfaction une petite quantité de pus, provenant de la caisse par une petite perforation. La malade a beaucoup souffert avec exacerbations vespérales. Le pouls et la température sont en accord parfait, à peine légèrement au-dessus de la normale. Au dixième jour de la maladie la tuméfaction s'étant journellement accrue au point d'obstruer complètement le conduit nous pratiquons une large incision sur la tuméfaction postéro-supérieure. Il ne sort que du sang mêlé au pus ordinaire qui s'écoule. La douche d'air ne provoque rien. Soulagement des douleurs. Traitement par alcool boriqué à saturation, comme pour la furunculose, et pour remplacer les lavages boriqués qui ne font rien. — Vers le quinzième jour de la maladie la mastoïde devient douloureuse, empâtée vers son sommet, le pli rétro-auriculaire persiste un peu effacé agitation nerveuse. Lavage au lysol 1  $\frac{0}{0}$ . Gouttes calmantes morphinées. — Calomel tous les jours 0<sup>gr</sup>,10.

Après cinq semaines la guérison s'annonce par disparition de la tuméfaction du méat, derrière cette tuméfaction on distingue le tympan encore perforé et la paroi postéro-supérieure siège de l'abcès. Celui-ci ne s'est pas ouvert dans le conduit mais derrière le tympan. — La question de trépanation de la mastoïde a été subordonnée à la marche symptomatique et par suite évi-tée.

Pendant toute la durée de la maladie nous avons constaté la surdité à la montre, le signe de Weber. Les bourdonnements, bruits divers, battements.

*Remarques :* Tuméfaction des parois du conduit auditif externe, région osseuse avec maximum au segment postéro-supérieur. Douleur intense avec irradiation faciale. — Engorgement ganglionnaire prætragien; œdème péri-mastoïdien; mastoïde douloureuse. Etat fébricitant du début, puis état

normal du pouls et de la température. — Agitation nerveuse.  
— Durée de l'affection.

OBSERVATION II. — M<sup>me</sup> D..., d'un tempérament sanguin, est prise, après une rougeole, d'un écoulement d'oreille qu'un érysipèle de la face, survenu tout à coup, semble un instant modifier en bien. Elle nous est adressée par notre distingué confrère et ami D<sup>r</sup> de Langenhagen de Menton et nous constatons à notre premier examen (troisième semaine de maladie) tuméfaction indolore du conduit auditif externe, portion osseuse, tympan invisible, pus abondant rougeâtre. Douleur à la pression mastoïdienne. Rougeur congestive du rhino-pharynx. Pouls normal, température normale. — La douche d'air n'augmente pas l'écoulement du pus qui sort du méat. — Incision à travers la tuméfaction. Il sort du sang et du pus. La douche d'air en provoque une plus grande sortie. — Lavages divers au lysol 1  $\frac{0}{0}$ , au sublimé 1/4000. Alcool boriqué à saturation. — La mastoïde reste douloureuse, l'écoulement persiste ; empatement, battements, bruits entotiques. Surdité. Weber positif. Pas d'état fébrile. Œdème péri-mastoïdien.

Sept semaines après le début de la maladie, la tuméfaction disparaît et laisse voir la localisation primitive aux cellules limitrophes, sans perforation dans le conduit. La suppuration disparaît et l'audition revient. Douches d'air, etc.

*Remarques :* Tuméfaction indolore du conduit, surtout paroi supéro-postérieure. — Ecoulement abondant. Aucun état général manifeste. — Œdème péri-mastoïdien. Guérison sans intervention autre que l'incision de la tuméfaction. Longue durée.

OBSERVATION III. — M. T..., 29 ans, vient consulter pour surdité et écoulement rare, mais fétide de l'oreille droite — dure depuis plusieurs mois. Scrufulose — le malade ne se souvient d'aucun fait ou épisode grave de l'oreille. L'écoulement et la surdité ont paru insidieusement s'établir. Un examen minutieux nous fait remarquer en nappe et au segment postéro-supérieur du conduit, un polype sessile qui cache l'entrée d'une fistule osseuse où le stylet pénètre à 3 millimètres de profondeur. Il paraît s'enfoncer vers l'aditus, à 2 millimètres en avant du tympan, 3 à 4 millimètres au-dessus du canal de Fallope. Ablation du polype curettage ; cautérisation au chlorure de zinc 1/50. Lavages au lysol 1  $\frac{0}{0}$ .

Observation est faite au malade qu'un traitement général ana-leptique : quinquina, arsénic, glycérophosphate, aidera puissamment à la guérison ou amélioration notable.

Deux mois après, en effet, la guérison s'affirme : La suppuration n'a plus reparu depuis les premiers jours ; l'ouïe est allé de 1<sup>er</sup>, 5 du début à 35 centimètres, disparition de tout bruit. — La fistule paraît se rétrécir de plus en plus, comblée par du tissu de cicatrice.

*Remarque :* Etablissement d'une fistule, suite d'abcès antérieurs de la mastoïde, lequel a évolué insidieusement.

OBSERVATION IV. — M<sup>lle</sup> W..., 18 ans environ, d'un tempérament nerveux et arthritique, ayant déjà eu de l'angine glanduleuse avec poussée congestive du côté des trompes d'Eustache est prise, à la suite d'un coup de froid d'otalgie violente avec irradiation à la nuque et à la face. Diminution de l'ouïe ; Weber positif, battements pulsatiles, exaspérations vespérales et après chaque examen. Le début de la maladie remonte à 4 jours environ lorsque nous la voyons. Traction douloureuse du pavillon ; engorgement léger, mais sensible des ganglions parotidiens. Sur la paroi antéro-inférieure du conduit cartilagineux, tuméfaction qui paraît être le reliquat d'un furoncle. La paroi postéro-supérieure du conduit auditif osseux est rouge, douloureuse à la pression du stylet. Congestion du hile de Gellé. Tympan de couleur naturelle, mais rétracté. Gêne de la mastication ; sensibilité et fourmillement de la face du côté de l'oreille malade. Léger état fébrile ; douleur vive intra-auriculaire paroxystique jour et nuit. — Malgré les bains d'oreilles boriqués, les gouttes morphinées à 0 10/10, des sangsues appliquées derrière le pavillon ; purgation au calomel, pédiluve — l'état continue à empirer ; en plus, douleur à la pression de la mastoïde dont la face externe ainsi que le pavillon sont le siège de rougeur et d'un léger empâtement. Enfin pendant un jour douleur pharyngienne et rougeur vineuse côté droit, c'est-à-dire du côté de l'oreille malade. Vers le douzième jour le tympan devient couleur feuille morte, moins concave et nous proposons l'intervention. A ce moment la famille est obligée de partir pour Paris ; nous avons appris par son médecin, que l'état s'était prolongé et qu'il paraît menacé de névrose au point malade.

*Remarques :* Rougeur postéro-supérieure du conduit. Empâtement mastoïdien et engorgement parotidien ; douleur

spontanée et provoquée. Irradiation faciale. — Congestion pharyngienne passive douloureuse.

Des cas de ce genre où la symptomatologie est si peu précise, sont moins rares, dans la pratique médicale, que Mignon <sup>(1)</sup> paraît le supposer. Tous les otologistes en citent des exemples et réservent dans leur traité général d'otologie quelques considérations spéciales. Il faut en effet établir non seulement le diagnostic entre ces abcès et la furonculose, mais aussi déterminer : *si un furoncle a été le point initial apparent de cette variété d'abcès ; si un abcès de ce genre a pu provoquer l'éclosion d'une furonculose ; si enfin il s'agit purement et simplement de l'une ou de l'autre de ces affections.*

Des conséquences thérapeutiques découlent de cette expertise. Quelque soins bien ordonnés guérissent une furonculose ; il faut au contraire lutter énergiquement contre l'inflammation des cellules mastoïdiennes, quelquefois même par une intervention chirurgicale importante parer à une névrose menaçante ou à des complications encéphaliques redoutables.

C'est de l'anatomie et de la physiologie de l'oreille que découleront la plupart des considérations sérieuses et rationnelles qui sont relatives à la connaissance du diagnostic de ces abcès. — Nous savons en effet que le conduit auditif externe est tapissé sur toute son étendue par un revêtement cutané absolument semblable à la peau dans la portion cartilagineuse ; solidement fixé au périoste, il devient délicat et de moins en moins complexe dans la région osseuse au point que son adhérence et sa finesse externe ont porté les anatomistes à croire longtemps que les *éléments glanduleux* faisaient complètement défaut dans cet endroit. Les recherches de Buchanan et V. Trötsch ont montré qu'il y a aussi des glandes dans la portion osseuse et d'après V. Trötsch la *couche glandulaire* s'étend de la paroi postéro-supérieure de la portion cartilagineuse dans le conduit osseux, sous la forme d'un coin triangulaire de plus d'un millimètre de long dont la

(1) Мигнон. — *Des principales complications septiques des otites moyennes suppurées*, page 308.

pointe est dirigée vers la membrane du tympan. Comme dans toute région à glandes pilo-sébacées, les microbes du furoncle, ainsi que Lœwenberg <sup>(1)</sup> l'a montré, peuvent établir leur quartier dans cette couche glandulaire et parmi les staphylococcus albus, aureus, et citreus observés on trouvera principalement le *streptococcus pyogenes albus* qui, d'après Kirchner <sup>(2)</sup> serait, le véritable microbe de la furonculose de l'oreille. Mais cette même région ou segment postéro-supérieur du conduit osseux est celle des cellules limitrophes de la mastoïde. D'après von Trötsch <sup>(3)</sup> et Politzer <sup>(4)</sup> les cavités cellulaires situées entre les lamelles de la paroi supérieure du conduit se présentent en nombre et en grandeur variable ; en relation, en partie avec la caisse du tympan, en partie avec les cellules mastoïdiennes. On y trouve parfois des modifications qui proviennent de la propagation du processus inflammatoire de l'oreille moyenne ; un abcès intro-cellulaire se forme, désorganise la lamelle osseuse, tuméfie le revêtement du conduit à l'instar d'un furoncle ou d'une hydrosadénite et comme ceux-ci s'ouvre dans le conduit.

En pareille occurrence la furonculose et l'abcès antérieur peuvent avoir des signes semblables.

Comme l'écoulement purulent est généralement peu important dans la furonculose et au contraire très abondant et longtemps continu dans la mastoïde, on a pensé qu'il y avait là un excellent signe différentiel. D'après nos observations personnelles, nous ne pensons pas qu'il en soit toujours ainsi ; nous croirions plutôt aux éléments différentiels que peut fournir l'étude microscopique du pus et du bourbillon furonculoux lequel contient parmi les microbes plus haut signalés, le streptococcus pyogenes albus, tandis qu'aux diverses mastoïdes appartient le pus des otites moyennes avec ses streptocoques, pneumocoques, staphylocoques pyogènes, et le bacille encapsulé.

(1) LÖWENBERG. — *Monatschrift für Ohrenheilkunde*, 1887.

(2) KIRCHNER. — *Deutsche Med. Wochenschrift*, 1888, n° 67.

(3) V. TRÖTSCH. — *Lehrbuch der Ohrenheilkunde* (cinquième édition, 1873)

(4) POLITZER. — Dissection anatomique et histologique de l'organe auditif, 1898. (Traduction Schiffers.)

sulé de Friedlander, ainsi que l'ont indiqué les recherches bactériologiques de Netter <sup>(1)</sup> et de Zaufal <sup>(2)</sup>.

La forme et la couleur de la tuméfaction inflammatoire présentent également à confusion, car s'il est vrai que le furoncle se présente acuminé et non point arrondi comme l'abcès — avec un point blanc à son sommet — sans coloration spéciale ; dans le conduit cependant sa forme particulière change par manque d'espace, demeure aplati, comprimé, et la peau qui le recouvre acquiert un aspect plus ou moins congestif et inflammatoire qui laisse des doutes ; doutes d'autant plus sérieux qu'à ce moment le méat est comblé par le gonflement et que l'examen de la tumeur inflammatoire, de même que celui du tympan, devient impossible par suite de cette obstruction. — Il arrive même que l'inflammation peut retentir sur les parties voisines, gagner le tissu cellulaire et le périoste, occasionner un gonflement œdémateux de la région parotidienne de la peau de la mastoïde et déterminer enfin une tuméfaction qui écarte le pavillon. « S'il y a, dit Schwartze <sup>(3)</sup>, gonflement inflammatoire avec douleur compressive et tumeur fluctuante sur l'apophyse mastoïde, on ne peut attribuer ces signes à une périostite. Les inflammations furonculeuses du méat donnent lieu à un gonflement œdémateux de la région mastoïdienne qui disparaît rapidement après l'incision du furoncle et n'aboutit jamais à la formation d'un abcès. » Il arrive aussi que les ganglions péri-auriculaires sont seuls atteints par l'engorgement inflammatoire. Si cet engorgement a lieu au début même de la maladie, on a toute raison d'en rapporter la cause à la présence d'un furoncle ; si cet engorgement n'arrive qu'en pleine période d'état de la maladie, on ne pensera qu'à une ostéo-périostite du conduit secondaire, à un furoncle ou à un abcès antérieur de la mastoïde, car ces adénites ne peuvent avoir d'autre origine que les lymphangites du conduit et du pavillon qui se

(1) NETTER. — Recherches bactériologiques sur les otites moyennes aiguës. *Annales des maladies de l'oreille*, etc., 1888.

(2) PRAGER MEDICIN. *Wochenschrift*, 1887, 1888, 1889.

(3) SCHWARTZE. — *L'oreille, maladies chirurgicales*, trad. Rattel, p. 154, t. II.



jettent tous dans les ganglions prætragien, parotidiens, rétro-auriculaires ou mastoïdiens. Les lymphatiques de la caisse se perdent dans les lacunes lymphatiques du voisinage. Enfin, d'après Leutert <sup>(1)</sup>, lorsqu'il s'agit d'un abcès ouvert de l'apophyse mastoïde par perforation de la paroi postérieure du conduit, il faudra se souvenir que les phénomènes inflammatoires sont surtout prononcés au niveau du sillon qui sépare le pavillon de l'oreille de l'apophyse mastoïde, tandis que dans les abcès ayant pour point de départ cette dernière la rougeur et la tuméfaction envahiront toute la région mastoïdienne. Cet avis est d'ailleurs celui de Simon Duplay <sup>(2)</sup> qui écrit : « Dans la périostite simple le gonflement est diffus, le sillon qui existe entre la conque et l'apophyse mastoïde a disparu ; dans l'inflammation des cellules mastoïdiennes, le gonflement est plus circonscrit, le sillon qui existe entre la conque et l'apophyse persiste. »

On peut tirer quelques indices encore des connaissances exactes de la circulation artérielle et veineuse des régions. L'oreille externe et l'oreille moyenne reçoivent en effet le sang artériel de branches diverses issues de la carotide externe, par conséquent d'une origine commune. C'est pourquoi dans la mastoïde aussi bien que dans la furonculose ou les diverses otites, les malades éprouvent des bourdonnements d'oreille, des battements violents, etc., qui sont le résultat de la propagation inflammatoire au voisinage du tympan dont les vaisseaux sont gorgés de sang. La déplétion veineuse au contraire se fait par des veines qui se jettent dans les jugulaires mais celles de l'oreille moyenne se jettent en outre, dans le plexus pharyngien, sinus pétreux, etc., autrement dit dans des veines différentes d'où la céphalée gravative ainsi parfois qu'une stase veineuse pharyngienne, qui est le propre de la mastoïdite, chose qui ne saurait avoir lieu dans la furonculose du conduit auditif externe.

L'analyse exacte de la douleur spontanée ou provoquée fournit encore les renseignements les plus précieux pour le diag-

(1) LEUTERT. — Ueber peri-auriculare Abcesse (*Archiv f. Ohrenheilk.*, n° 40 à 43).

(2) S. DUPLAY. — *Traité de Chirurgie*, t. IV, p. 725. Paris, 1891.

nostic d'abcès antérieur mastoïdien et de furonculose. Par sa précocité, par sa violence, par son siège, par sa continuité, elle fournit des renseignements de première valeur. Le moindre attouchement avec la pointe du stylet, la traction du pavillon arrache des cris au malade s'il s'agit d'un furoncle. Le gonflement des cellules limitrophes forme une tumeur à peu près indolente à la pression. C'est que l'innervation du conduit auditif externe est exquise ; son revêtement cutané, si adhérent au conduit, innervé par les fibres du trijumeau, du pneumogastrique et du plexus cervical traduit un gonflement aussi rapide que celui du furoncle par des douleurs d'une acuité étonnante, spontanées ou provoquées, accompagnées quelquefois d'un malaise général, lypothymie, anxiété cardiaque. Les cellules mastoïdiennes au contraire, et principalement les antérieures, innervées faiblement par le facial, par le trijumeau, mais d'une manière remarquable par le nerf de Jacobson (branche du glossopharyngien) traduit son inflammation et le développement lent de son abcès, par une sensibilité plus obtuse, aussi par une sensibilité spéciale due à la IX<sup>e</sup> paire, savoir une constriction gutturale et une exagération de la sensibilité gustative, toute chose que le furoncle n'occasionne jamais.

Pour terminer nous remarquerons encore que si parfois dans la furonculose il y a un mouvement fébrile, c'est tout à fait exceptionnel. Dans toute mastoïdite un état général plus ou moins grave est la règle. Le frisson initial ne manque pour ainsi dire jamais et si quelquefois, plus fréquemment même qu'on ne saurait le croire, la température est normale ou du moins au-dessous de 38°, une observation attentive bi-quotidienne fait constater alors et d'une manière à peu près constante une discordance remarquable entre les degrés thermométriques et le nombre des pulsations artérielles.

Disons enfin que le traitement local peut à son tour aider à l'affirmation du diagnostic. Nous avons dit déjà que l'incision du furoncle, très rapidement suivie de la disparition du gonflement inflammatoire, de même que l'alcool boriqué à saturation aident puissamment à une guérison prompte mais ne guérissent pas la mastoïdite antérieure. Pour la cure de celle-

ci il est non seulement utile d'inciser le pseudo-furoncle, mais aussi de faire une véritable trépanation de l'apophyse.

EN RÉSUMÉ :

Les otologistes s'accordent pour trouver le diagnostic entre un abcès des cellules limitrophes de la mastoïde et le furoncle du conduit auditif osseux très difficile et parfois imprécis.

Il nous semble qu'en pareil occurrence un diagnostic semblable ne peut être dégagé que de la connaissance parfaite de l'anatomie et de la physiologie de la région en même temps que de l'observation clinique.

Or, l'une et l'autre nous apprennent :

1° Que la nature microbienne du pus est différente dans les deux cas.

2° Que la lymphangite et l'adénite préauriculaire précoce sont la règle dans toute affection furonculaire du conduit — qu'elles sont tardives et exceptionnelles dans l'inflammation abcédale des cellules limitrophes ; ou, par suite d'un double système lymphatique, diffèrent pour l'oreille externe et l'oreille moyenne.

3° Que le gonflement œdémateux péri-mastoïdien efface le sillon rétro-auriculaire, dans la furonculose, conserve ce sillon rétro auriculaire dans la mastoïde et y demeure circonscrit.

4° Que le plexus pharyngien est souvent l'occasion d'une stase veineuse et pénible du pharynx dans la cellule.

5° Que conséquemment à un système d'innervation différent dans les deux cas, la douleur spontanée et provoquée est des plus violentes dans la furonculose — obtuse en général dans l'abcès antérieur de la mastoïde — mais que dans la cellule antérieure il y a souvent une paralysie faciale et une exagération de la sensibilité gustative, due à son innervation particulière, signes qui lui appartiennent en propre.

6° Qu'enfin dans les cas rares mais possibles où l'état général sans fièvre demeure sans réaction, la discordance fréquente et continue entre le pouls et la température est un signe très favorable au diagnostic de pseudo-furonculose, ou abcès antérieur de la mastoïde.

---

## VI

### UN CAS DE TUMEUR DE LA MOELLE CAUSANT LA SURDITÉ ET D'AUTRES ACCIDENTS

Par **A. A. GRAY**

M. D. F. R. S. E. chirurgien auriste du Dispensaire Central de  
Glasgow <sup>(1)</sup>.

J. K. 22 ans, boucher, accuse de la difficulté à avaler et des vertiges durant depuis un mois (7 décembre 1895).

Rien d'important au point de vue de l'hérédité ni des antécédents du malade. Pas de spécificité.

Une quinzaine de jours auparavant apparurent une surdité de l'oreille gauche et une paralysie faciale du même côté avec des vertiges et une déglutition pénible. Actuellement il existe une tendance à la toux, due vraisemblablement à la pénétration d'aliments dans le larynx.

Le vertige empêche le malade de marcher sans s'appuyer, mais il n'a pas de maux de tête, ni de troubles cérébraux. La parole est confuse par suite de la paralysie du côté gauche du palais, de la langue et de la bouche. Abolition du sens gustatif sur la moitié gauche de la langue.

Parésie motrice du côté gauche du corps et parésie sensorielle du côté droit; cette dernière observation concerne également la sensation de contact et celle de chaleur.

Urine normale; le malade respire librement.

Conjonctivite très accentuée du côté gauche, mais le fond de l'œil semble normal des deux côtés.

Audition affectée à gauche; la voix chuchotée n'est perçue qu'à 5 centimètres et la montre n'est entendue qu'au contact.

<sup>(1)</sup> Mémoire lu au Congrès d'Otologie de Londres; paraîtra *in-extenso* dans les *Comptes rendus du Congrès*.

*Epreuve de Weber.* — Le diapason placé au milieu de la tête est mieux perçu par l'oreille droite.

*Epreuve de Rinne.* — Oreille droite + 30. Oreille gauche — 7.

La membrane de l'oreille droite est normale ; celle de l'oreille gauche est un peu enfoncée, probablement à la suite de la paralysie du dilatateur de la trompe. Pas de signe d'affection de l'oreille moyenne. Bourdonnement du côté gauche.

*Gorge.* — Paralysie de la moitié gauche du palais. La corde vocale gauche est fixée sur la ligne médiane, pendant la respiration et la phonation. La corde droite est saine.

Le malade succomba au bout de sept semaines.

Voici le résultat de l'autopsie :

Lésion envahissant la moitié gauche de la moelle et le plancher du quatrième ventricule. Cette portion de la moelle est légèrement tuméfiée et son tissu est plus mou que celui du côté opposé. Le gonflement envahit toute la moitié de la moelle et peut être suivi sur le plancher du quatrième ventricule lorsqu'on le découvre graduellement. La lésion mesure 4 centimètres de long et 1,3 de diamètre. Elle touche la ligne médiane, mais ne la traverse pas. Sa limite inférieure est au niveau de la décussation de la pyramide, elle atteint son développement maximum à la marge inférieure du pont, et sa limite supérieure correspond brusquement avec le milieu du plancher du quatrième ventricule.

Par des coupes transversales, on reconnaît que la lésion a un aspect mamelonné, des amas hémorragiques irréguliers alternent avec des masses d'un jaune opaque.

Au microscope, on voit qu'il s'agissait d'un gliosarcome avec points hémorragiques épars dans la substance.

Pas d'altérations de l'oreille moyenne ou interne d'aucun côté.

Rien de remarquable dans les autres organes.

---

## LES COMPLICATIONS OTIQUES DE L'OZÈNE

Par le Dr **P. LACROIX** <sup>(1)</sup>.

Pendant de nombreuses années, le rôle étiologique de l'ozène, dans la genèse des maladies de l'oreille, a été considéré comme accessoire et l'on pensait alors que le coryza atrophique retentissait rarement sur l'organe de l'ouïe.

Ces idées anciennes, bien que déjà battues sérieusement en brèche par des travaux récents, ceux de Wyss, de Genève par exemple, ne sont pas encore actuellement tout à fait abandonnées peut-être, tant est puissante la force de l'habitude et de la tradition.

Aujourd'hui nous désirons montrer à notre tour que, bien au contraire, l'ozène se complique très fréquemment de lésions otiques méritant véritablement, dans certains cas, le nom d'ozène de l'oreille.

Il nous semble difficile, en effet, de ne pas donner cette désignation à l'observation clinique dont nous allons parler maintenant laquelle d'ailleurs sert de point de départ à notre étude.

C'est un cas certainement type d'ozène de l'oreille. Il éclaire la pathogénie des autres symptômes auriculaires observés au cours de l'atrophie des cornets.

Voici cette observation :

Une jeune fille de 14 ans, ozéneuse depuis plusieurs années, a été atteinte à différentes reprises de troubles otiques transitoires

(<sup>1</sup>) Communication faite au sixième Congrès International d'otologie (Londres, 1899).

caractérisés par des douleurs, des bourdonnements et de la surdité.

Un jour ces phénomènes se reproduisent à nouveau mais plus intenses cette fois ; finalement ils aboutissent à une sorte d'otite moyenne aiguë droite.

L'examen de l'oreille montre un tympan légèrement congestionné, dépoli, catarrhal et refoulé au dehors par du liquide accumulé dans la caisse. Nous pratiquons, à ce moment, une perforation artificielle de la membrane tympanique avec l'aiguille à paracentèse ; et, lorsque la malade exécute la manœuvre de Valsava, il s'écoule par la perforation quelques gouttelettes d'un liquide muco-purulent mêlé de stries sanguinolentes venues des lèvres de la plaie tympanique.

Avec un tampon d'ouate monté sur tige, la sécrétion est épongée et nous constatons avec surprise que le liquide ainsi extrait de l'oreille moyenne répand une odeur nette et absolument caractéristique, semblable à la punaisie nasale : l'odeur si spéciale de l'ozène. En observant cette sécrétion de plus près, nous constatons également la présence de petites lamelles cornées odorantes pouvant être comparées dans une certaine mesure aux croûtes nasales.

L'examen des fosses nasales et du pharynx dénonce les lésions classiques de l'ozène.

D'ailleurs, ces phénomènes otiques disparurent rapidement sous l'influence d'un traitement approprié et tout rentra bientôt dans l'ordre après évacuation du liquide de l'oreille moyenne.

Le coccus de Löwenberg n'a pas pu être recherché.

\*  
\* \*

Partant de cette observation qui semble bien être une ozène véritable de l'oreille, nous nous sommes demandé quelle pouvait être la fréquence et l'importance des complications otiques de l'ozène, en général, et nous avons alors fixé spécialement notre attention sur tous les ozéneux qu'il nous a été donné de rencontrer.

Si l'on interroge superficiellement les malades ou si on leur laisse l'initiative d'attirer eux-mêmes l'attention du médecin sur leur oreille, il est fréquent de méconnaître les troubles et les lésions de l'organe de l'ouïe.

Assez souvent, en effet, la surdité et les bourdonnements

sont ou unilatéraux ou peu développés encore, et les malades, tout entiers aux inconvénients de l'odeur nasale, n'y attachent que peu d'importance jusqu'au jour où ils déterminent une diminution trop sérieuse de l'acuité auditive.

\*  
\* \*

Il est donc nécessaire de toujours insister auprès du malade, de rechercher très soigneusement la présence possible de surdité et de bourdonnements permanents ou transitoires, uni ou bilatéraux, et même de pratiquer l'examen de l'audition.

Il est indispensable enfin, de se servir du spéculum pour observer l'organe lui-même.

Dans ces conditions, ainsi recherchées les complications otiques de l'ozène apparaissent comme extrêmement fréquentes.

Souvent même, tel sujet qui pendant longtemps avait eu l'oreille indemne, voit à un moment donné les bourdonnements ou la surdité apparaître.

Histologiquement, nous nous trouvons en face d'une même muqueuse : la muqueuse de l'oreille moyenne prolonge la pituitaire et elle présente dans sa structure les mêmes cellules cylindriques vibratiles.

\*  
\* \*

En clinique, sur quarante-deux ozéneux que nous avons ainsi examinés systématiquement, sans nous en tenir aux réponses parfois un peu hâtives des intéressés, nous en avons trouvé trente d'entre eux porteurs de complications otiques diverses, légères ou sérieuses, souvent légères, il est vrai, mais indéniables. Ce chiffre représente les trois quarts des cas.

Au point de vue de la nature elle-même des complications otiques de l'ozène, nous avons rencontré :

Une fois la sclérose grave de l'oreille, mais elle a dû être, nous le pensons, simplement aggravée par l'ozène et en aucune façon causée par elle.

Les autres cas se sont traduits par une otite moyenne chronique à forme catarrhale généralement bilatérale. Le tympan y apparaissait dépoli, grisâtre, plus ou moins rétracté.



Les troubles fonctionnels étaient constitués par une surdité, sérieuse dans deux cas, moyenne dans quatre, moins importante chez huit autres malades. Les quatorze derniers se plaignaient seulement de bourdonnements et de surdité transitoires.

Tel est donc le bilan des complications otiques de l'ozène : légères ou sérieuses, elles sont indiscutablement très fréquentes.

En raison de leur aspect clinique, en tenant compte de l'observation rapportée ci-dessus, nous pensons que les lésions de la rhinite atrophique se propagent à l'oreille moyenne, pour constituer une véritable otite chronique ozéneuse, avec les sécrétions et l'odeur spéciale de la punaisie, et que cette affection mérite bien le nom « d'ozène de l'oreille. »

---

## VIII

### NOTE SUR UNE LAMPE ÉLECTRIQUE A ARC POUR LA LARYNGOSCOPIE

Par **E. LOMBARD**, assistant de laryngologie à l'Hôpital Lariboisière,  
et **A. MOLTENI**.

Les appareils destinés à l'éclairage laryngoscopique sont en très grand nombre. On utilise surtout des sources de lumière artificielle. Il serait certainement préférable de pouvoir se servir dans tous les cas de la lumière naturelle, surtout pour l'examen des oreilles. Mais il n'y faut pas songer. Il n'est pas dans notre esprit de vouloir établir un parallèle entre les divers appareils imaginés pour les besoins de la laryngoscopie. Tous ont des avantages et des inconvénients. On préfère l'un ou l'autre suivant ses habitudes, son éducation, les circonstances. Le classique miroir frontal reste encore l'appareil le plus simple, celui qui se prête le mieux aux exigences variées de la pratique courante. Nous croyons, avec d'autres, qu'il est de bonne méthode pour les débutants de se limiter à l'emploi du miroir frontal et de se rompre à son usage, en se contentant pour source lumineuse de la flamme d'un simple bec de gaz. Les manœuvres laryngoscopiques paraîtront ensuite singulièrement facilitées et aisées quand on disposera d'un éclairage plus intense.

A la clinique de l'Hôpital Lariboisière on utilise depuis de longues années la lumière Drummond sous forme d'éclairage direct. Les rayons lumineux traversent un système convergent et sont projetés directement sur l'organe à examiner.

Disposant du courant urbain de 110 volts nous avons pensé que nous pourrions utiliser l'arc électrique pour obtenir un éclairage intense se rapprochant autant que possible de

la lumière naturelle. On a déjà appliqué maintes fois l'arc électrique à la photographie du larynx. L'appareil dont nous donnons ici une description résumée est surtout destiné à l'examen ordinaire des malades dans une clinique fréquentée.

Un semblable instrument doit répondre aux exigences suivantes :

1° L'éclat de la source lumineuse ne doit pas être susceptible de varier d'un instant à l'autre. Donc pas de réglage de l'arc à la main ce qui nécessiterait de plus la présence constante d'un aide exercé. Il faut avoir recours au réglage automatique.

2° Les rayons lumineux utilisés doivent être groupés en un faisceau dont le point de convergence sera assez éloigné de l'organe à examiner pour que l'opérateur ne soit pas ébloui par l'éclat trop vif de la tache lumineuse voisine du foyer.

3° On doit pouvoir, suivant les dimensions de la surface à illuminer et suivant les besoins, augmenter ou diminuer l'intensité lumineuse et l'étendue du champ d'illumination.

4° Enfin les déplacements du faisceau lumineux en haut, en bas, et latéralement devront s'effectuer facilement, sans nuire à la fixité de la lumière et sans que l'opérateur soit obligé de se déplacer ou même de quitter son siège.

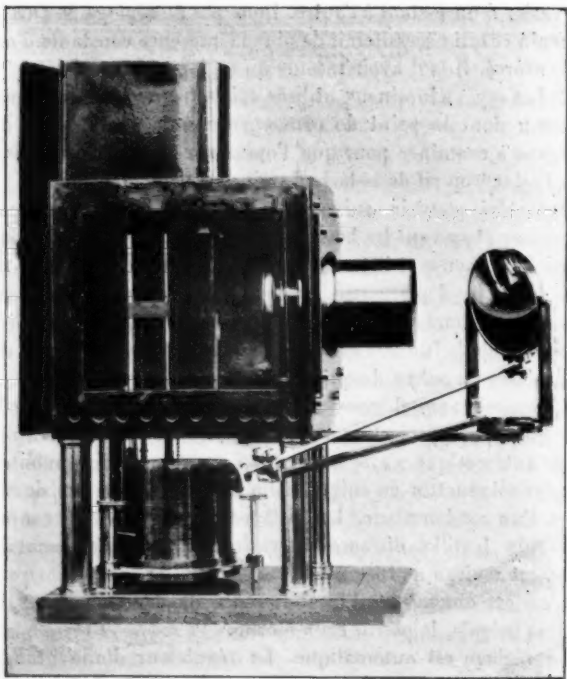
L'appareil auquel nous nous sommes arrêté se compose d'une lampe à projection adaptée pour l'arc électrique à réglage automatique. Cette lampe est *fixe* sur un socle et montée sur des colonnettes en cuivre. Elle est munie sur une de ses faces d'un condensateur. La distance des deux foyers conjugués à la lentille, distance déterminée par l'emplacement de l'arc, est environ de 18 centimètres.

L'arc est obtenu par l'incandescence de deux charbons de section inégale, le positif est à mèche.

Le réglage est automatique. Le régulateur d'une grande sensibilité est monté sur un cercle métallique muni de vis calantes. Une fois le circuit fermé on peut l'abandonner complètement à lui-même et l'expérience nous permet de conclure que la fixité de la lumière est parfaite.

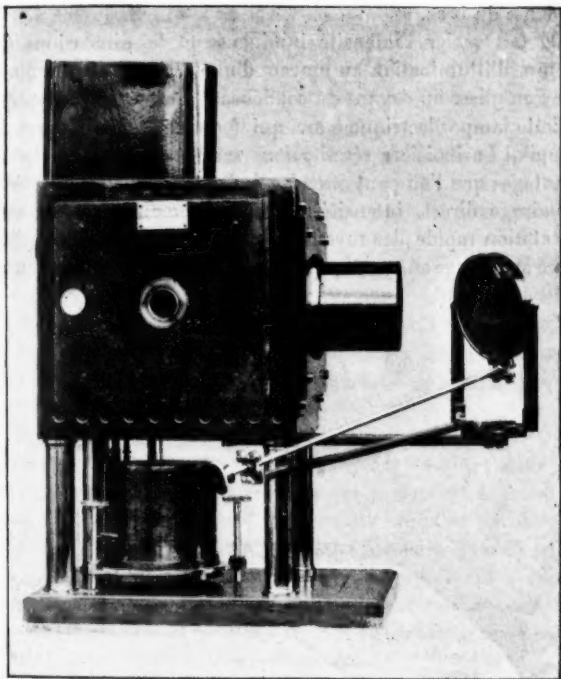
Nous utilisons le courant urbain à la tension de 110 volts, avec une intensité de 8 ampères. Le régulateur est muni d'un rhéostat de réglage placé contre les murs de la salle.

Nous remarquerons qu'il est de toute nécessité de n'utiliser qu'un régulateur automatique bien construit et que celui-ci toujours assez fragile ne peut fonctionner convenablement qu'à la condition d'être absolument fixe et à demeure dans la position verticale. Le centrage de l'arc dans la lampe est facile à obtenir au moyen des vis calantes.



Pour obtenir le déplacement dans toutes les directions du faisceau lumineux malgré l'emploi d'un régulateur automatique *fixe*, nous avons eu recours au dispositif suivant: Les rayons qui ont traversé le condensateur sont reçus avant leur convergence au foyer sur un miroir plan incliné à  $45^\circ$  qui les

réfléchit perpendiculairement à leur direction première. Ils passent par dessus l'épaule de l'opérateur qui tourne le dos au miroir et se trouve avoir la lampe à sa droite et en arrière. Le miroir est mobile dans sa monture autour d'un axe horizontal et la monture elle-même est mobile autour d'un axe vertical. Ces deux mouvements du miroir sont commandés par un le-



vier et par une vis de rappel dont la tête est placée à l'extrémité de ce dernier. La vis est à pas rapide et répond aux déplacements autour de l'axe horizontal. Le levier est fixé sur la monture même qui soutient le miroir, et entraîne cette monture autour de l'axe vertical. Le malade étant séparé du miroir par

une distance de 1 mètre au moins, il est facile de concevoir qu'à un faible déplacement du levier ou de la vis correspond une excursion bien plus considérable de l'extrémité du faisceau.

L'opérateur n'a ni à se déplacer ni même à se retourner pour manœuvrer le levier et la vis qui se trouvent à la portée de sa main droite et un peu en arrière pour ne pas gêner les mouvements du bras.

On fait varier l'intensité lumineuse et les dimensions du champ d'illumination au moyen d'une série de diaphragmes que l'on glisse au-devant du condensateur suivant les besoins.

Cette lampe électrique à arc qui fonctionne à la clinique de l'Hôpital Lariboisière réunit, nous semble-t-il, les principaux avantages que l'on peut attendre de la lumière à arc adaptée à l'éclairage direct, intensité facile à graduer suivant les cas, orientation rapide des rayons lumineux, fixité de la lumière grâce au réglage automatique de l'arc, sans aucune surveillance.

---

## IX

### MÉTHODE POUR MESURER LA PERMÉABILITÉ DU NEZ

Par le Dr **Alexandre JACOBSON** (de Saint-Pétersbourg) <sup>(1)</sup>.

Les progrès rapides de la rhinologie au cours de ces dernières années, ont contribué à établir peu à peu qu'un seul examen rhinoscopique ne suffit pas toujours pour poser le diagnostic.

Bosworth <sup>(2)</sup> signale la nécessité d'établir une distinction entre la sténose du nez et la sténose pour la respiration nasale. Un examen rhinoscopique ne sert qu'à reconnaître les lésions anatomiques, mais l'appréciation du degré de perméabilité du nez (fonction physiologique) par l'air, exige d'autres procédés diagnostiques.

Ce fait étant parfaitement exposé par Zwaardemaker <sup>(3)</sup> et R. Kayser <sup>(4)</sup>, je trouve inutile d'aborder ce sujet dans ma brève communication. Je me bornerai seulement à mentionner, une particularité très intéressante signalée par Zwaardemaker (p. 177). Il prétend que son procédé, qui, je crois, est connu de tout le monde, ne sert pas seulement à reconnaître la perméabilité relative des deux cavités nasales, mais encore la parésie peu appréciable du voile du palais qu'on ne peut constater par un simple examen.

<sup>(1)</sup> Communication à la Section Laryngologique du XII<sup>e</sup> Congrès International de Moscou, 13-25 août 1897.

<sup>(2)</sup> V. R. KAYSER. — Die exacte Messung der Luftdurchgängigkeit der Nase. *Arch. f. Laryngologie*, etc. Dritter Band. H. s.u. 2, Berlin, 1895, p. 102.

<sup>(3)</sup> Athembeschlag als Hilfsmittel zur Diagnose der nasalen Stenose. *Ibid.* Erster Band. H. 2, 1893.

<sup>(4)</sup> L. c.

Aussi ne suffit-il pas toujours de reconnaître uniquement les métamorphoses anatomiques survenues dans le nez, et est-il quelquefois indispensable d'apprécier exactement la capacité nasale fonctionnelle, de procéder à *l'examen des fonctions du nez*. Ce fut Zwaardemaker <sup>(1)</sup> qui, dès 1893, s'en occupa le premier. Nous voyons donc que l'examen des fonctions nasales est une des questions les plus récentes de notre science.

Néanmoins, la partie expérimentale concernant la circulation de l'air dans la cavité nasale et sa perméabilité pour la respiration, est étudiée en détail dans des travaux sérieux et soigneux, d'us surtout à G. Franke <sup>(2)</sup> et à R. Kayser <sup>(3)</sup>. Le procédé de Zwaardemaker, fort simple, sert à définir et à démontrer la perméabilité relative des deux cavités nasales, mais il pèche par inexactitude. Un procédé bien plus précis est celui de Kayser, qui le désigne sous le nom de « Mensuration exacte ». Quant à la simplicité il n'y a point à en parler. Klemperer <sup>(4)</sup>, en analysant ce travail, dit que ce procédé a une importance et un intérêt scientifique, mais il est compliqué dans la pratique et pénible pour le sujet examiné.

L'auteur lui-même signale les difficultés que sa méthode offre dans son application aux malades (p. 115). Des indications données au patient et l'exercice peuvent surmonter ces difficultés ; cependant il y a des individus qui ne supportent pas l'application de ce procédé.

Sans entrer dans des détails sur la description de cette méthode, difficile à comprendre sans les dessins, nous nous bornerons à en indiquer le principe. La perméabilité du nez ou de chaque fosse nasale séparément est déterminée par la durée du temps qu'un certain volume d'air met à passer par le nez et la bouche pour remplir l'appareil d'aspiration fonctionnant sous une certaine pression (négative).

La pression et le volume d'air restent toujours les mêmes dans toutes les expériences de ce genre.

<sup>(1)</sup> *L. c.*

<sup>(2)</sup> Experimentelle Untersuchungen über Luftdruck, Luftbewegung, etc. *Ibid.* I Band H. 2. Berlin, 1893.

<sup>(3)</sup> *L. c.*

<sup>(4)</sup> Internationales. *Centrbl. f. Laryngologie*, 1896, p. 202.



Un tube en verre est introduit dans la bouche hermétiquement close du sujet examiné, la bouche est fermée au moyen d'une lame spécialement adaptée à ce but. Ce tube est inséré de façon à *comprimer la langue et à laisser le voile du palais librement suspendu*. Le malade, dans cette attitude, reçoit à travers le bout libre du tube de verre, mis en communication avec l'appareil d'aspiration, un volume d'air équivalent à 2 litres.

Pendant l'expérience, qui dure 15 secondes, le malade doit retenir sa respiration et maintenir la langue et le voile du palais dans une parfaite immobilité.

L'extrémité du tube de verre placée dans la bouche communique certainement aussi avec l'air contenu dans la cavité thoracique. L'auteur dit qu'il ne se produit point d'inspirations du thorax « *du moment que l'air peut librement passer par le nez ?* »

Cependant il est probable que l'air, occupant la cavité thoracique, pénètre aussi quelquefois dans le tube de verre. Là, réside une source probable d'erreurs venant s'ajouter à des modifications dans la position du voile du palais et de la base de la langue. Aussi le succès de l'expérience dépend-il surtout du sujet examiné.

Notons que pour établir la comparaison des deux cavités nasales par la méthode de Kayser, deux expériences sont nécessaires — une observation spéciale pour chaque cavité.

L'auteur donne le nom de *Rhinomètre* à son appareil.

Partant du principe que lors de l'expiration par le nez, *la pression* dans l'espace naso-pharyngien sous laquelle l'air pénètre dans les cavités nasales est identique pour les deux cavités, de même que le laps de temps nécessaire pour les traverser — je mesure la perméabilité du nez (la résistance s'opposant à l'air dans les fosses nasales) par *la quantité* de l'air expiré. Il est évident que la cavité nasale qui, dans le même *espace de temps*, sous la même *pression*, reçoit plus d'air est aussi plus perméable et d'autant plus perméable qu'une quantité d'air dépasse l'autre.

Mon appareil consiste en deux vases gradués (*fig. 1 a*), rem-

plis de liquide et renversés dans une vasque (fig. 1 b), (contenant le même liquide).

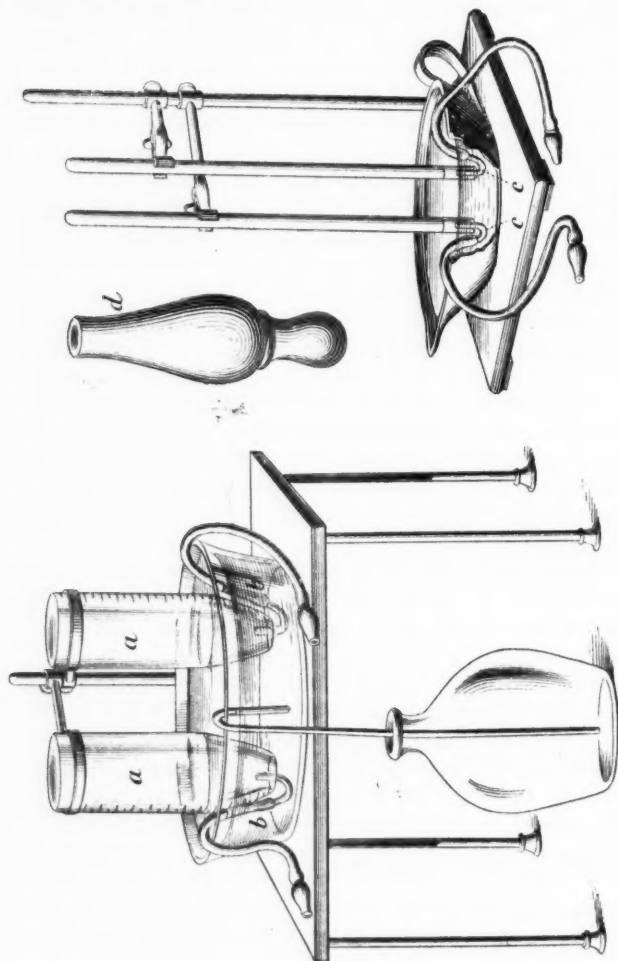


Fig. 1 b.

Fig. 1 a.

En évaluant le volume d'air nécessaire à la respiration normale d'un homme à 500 centimètres cubes, et la minute à 15 respirations, des vases de 3 ou tout au plus de 4000 centimètres cubes suffiront pour examiner la respiration en l'espace d'une minute. Cela n'est pas même nécessaire, vu qu'une seule respiration, si faible soit-elle, ne fut-ce que de quelques centimètres cubes, permet déjà d'établir la différence de perméabilité des deux fosses nasales. L'embouchure (du vase) ne doit pas être large afin qu'on puisse la boucher hermétiquement avec le doigt en renversant le vase. Une embouchure plus large sera recouverte d'un épais papier mou imbibé de liquide et dont les bords seront maintenus par la pression de deux ou trois doigts, au moment où le vase est renversé. Un petit tube curviligne en verre, ayant 1 centimètre de diamètre (*fig. 2 c*), est introduit dans l'embouchure. Ce tube communique au moyen d'un tuyau en caoutchouc avec un embout creux de forme cylindrique en caoutchouc durci (*fig. 2 d*). L'orifice de l'embout et du tube élastique est aussi de un centimètre, ce qui fait que les deux narines communiquent simultanément avec le susdit appareil.

Le sujet examiné respire par la bouche tout le temps que dure l'expérience et expire par le nez dans l'appareil, mais seulement sur la prière du médecin.

L'air expiré déplace le liquide dans les vases dont les graduations déterminent alors en chiffres la perméabilité relative des narines, la quantité absolue de l'air expiré pendant un certain nombre d'expirations et la moyenne de ces quantités.

L'emploi du mercure pour remplir l'appareil n'est guère pratique, vu surtout son poids et son prix élevé ; il vaut mieux se servir d'une solution concentrée de chlorure de sodium pour diminuer l'absorption de l'acide carbonique. Quant à la dissolution de l'air dans l'eau elle n'est pas considérable = 1,7° évaluée en volume à la T° 16 R. L'erreur qui pourrait en dériver est compensée par une observation comparative simultanée des deux fosses nasales. De plus, une solution de chlorure de sodium, préalablement saturée d'air, peut être employée à remplir les vases avant de les renverser dans la vasque. On

peut utiliser le pulvérisateur Richardson à deux ballons en caoutchouc.

Je recommande l'emploi d'une cuvette munie d'un orifice au fond et d'un tuyau élastique pour faire écouler le liquide dans un flacon placé dessous spécialement, ou ce qui est plus simple encore, de se servir d'un siphon pour transvaser le liquide comme nous le voyons sur la *fig. 1*.

Pour faire communiquer le nez avec l'appareil, j'emploie des tubes d'un plus grand diamètre que pour la respiration normale. Suivant les observations de R. Kayser, la perméabilité du nez sur le cadavre d'un adulte répond à la perméabilité du tube qui donne une surface de lumière au-dessous de 40 millimètres carrés, tandis que les tubes de mon appareil ont la lumière = 78,5 millimètres carrés. Pour les enfants on emploiera des embouts plus fins, à condition que leurs diamètres soient parfaitement égaux comme dans les expériences sur les adultes.

Pour les appréciations minimales, quand la bouche du malade reste ouverte et que l'expiration est faible, légère, on peut se servir de mon petit modèle (*fig. 2*), qui recueille l'air dans deux tubes gazométriques ayant chacun la capacité de 100 centimètres cubes.

Je sais qu'on peut faire à mon appareil le reproche fort sérieux d'évaluer pendant l'expiration au lieu de servir pour les appréciations de l'inspiration. Cette objection a de la valeur tant que l'obstacle gênant la respiration est mobile, de manière à jouer le rôle d'une soupape qui obstrue l'inspiration et laisse l'expiration presque libre.

Je me suis servi de mon appareil pour apprécier la perméabilité du nez avant et après différentes opérations faites sur ces régions, avant et après une application plus ou moins durable de la douche naso-pharyngienne et aussi avec d'autres procédés employés en thérapeutique nasale.

Mais le but de cette communication consiste seulement à exposer ma méthode d'évaluation de la capacité respiratoire du nez.

Mon procédé est basé sur le principe que la perméabilité du nez est déterminée par les volumes d'air traversant les deux cavités nasales simultanément.

Ce qui fait que ma méthode peut aussi être appliquée à l'aide de deux spiromètres, servant à évaluer les inspirations comme les expirations.

Dans le premier cas, le sujet examiné inspire par le nez et expire par la bouche, dans le second inversement. Quant aux conditions de *pression* et de *durée*, elles sont identiquement les mêmes et c'est toujours le *volume* de l'air inspiré ou expiré qui servira à indiquer la perméabilité du nez ou l'état de la respiration nasale.

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES

VI<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE

Londres, 8 au 12 août 1899.

Compte rendu par le Dr LOUIS BAR (de Nice).

1. U. PRITCHARD. — **Le développement de la science otologique.** (Discours prononcé à l'ouverture du Congrès). — P. commence par souhaiter la bienvenue aux confrères étrangers qui ont répondu à l'appel des spécialistes anglais.

Parmi les otologistes présents, il mentionne plus particulièrement POLITZER, GUYE, LUCE, A. HARTMANN, KNAPP, MÉNIÈRE et GRAZZI.

Après avoir accordé un souvenir aux morts tels que l'ancien président du Congrès de Bâle, BURKHARDT-MÉRIAN, SAPOLINI de Milan, MOOS, de Heidelberg et DELSTANCHE père, de Bruxelles, qui ont déjà été commémorés lors des précédentes réunions, P. rappelle les personnalités disparues depuis le Congrès de Florence : W. MEYER, dont le nom est inséparable de la découverte des végétations adénoïdes ; COLLADON, de Genève et HEWETSON, de Leeds qui avaient annoncé leur participation à la session actuelle.

P. déplore aussi l'absence de CH. DELSTANCHE, qui fut si hospitalier pour les Congressistes à Bruxelles en 1888 et que son état de santé empêche pour la première fois de prendre part à un congrès spécial.

Après ce préambule, l'auteur aborde son sujet. Bien que Toynbee soit généralement considéré comme le père de l'otologie moderne, il faut remonter à 3 400 ans en arrière pour voir qu'elle est née en Egypte. ROOSA, dans son excellent traité, parle d'un papyrus sur lequel est écrite une monographie sur le traitement des sourds et des suppurations d'oreille. On conserve également au *British Museum* des tablettes égyptiennes sur lesquelles sont représentés des pavillons auriculaires et qui ont certainement été offertes en ex-voto à un dieu par un malade reconnaissant.

Toutefois, excepté au point de vue anatomo-physiologique, l'otologie n'a pas beaucoup progressé jusqu'à la seconde moitié de ce siècle.

Le *Royal Ear hospital*, de Dean Street Soho, paraît avoir été la première clinique otologique ouverte en Europe et probablement dans le monde, sa fondation remonte à 1816. Mais l'otiatricie est demeurée dans l'enfance jusqu'à ce que, dans la période de 1840 à 1860, elle fût étudiée par Sir William Wilde et Toynbee qui imprimèrent une grande impulsion à l'étude pathologique et thérapeutique des affections de l'oreille. Mais leur importance était méconnue, et il y a 30 ans on se plaisait à répéter la phrase de plus d'un chirurgien célèbre : « Les maladies d'oreilles peuvent se diviser en deux catégories : celles que tout praticien peut guérir, et celles qui, incurables, peuvent être renvoyées aux soins des auristes. »

On préférerait recourir aux charlatans que de s'adresser aux spécialistes en qui on n'avait aucune confiance.

Le prof. Partridge, de Kings'Collège disait qu'un bouchon de cérumen était une bonne aubaine pour un otologiste, montrant ainsi le mépris qu'il témoignait à la science nouvelle. Il y avait pourtant du vrai sous les sarcasmes du vieux professeur, car souvent on nous est plus reconnaissant pour avoir délogé un bouchon de l'oreille que pour une intervention des plus délicates.

Il fallut de longues années de lutttes avant que l'otologie eût conquis droit de cité parmi les autres branches de la médecine ; mais aujourd'hui la Grande-Bretagne compte environ 200 spécialistes et Londres renferme une vingtaine de cliniques. Dans d'autres pays, l'otiatricie a des représentants bien plus nombreux.

Le musée, annexé au Congrès, contient de si belles collections que sa seule visite mériterait un déplacement.

Toutefois il reste encore beaucoup à faire, il faudrait que l'otologie fût enseignée dans les Universités. Déjà l'Université d'Edimbourg l'a comprise dans ses programmes d'examen, cet exemple devrait être suivi.

Les Iles Britanniques sont très retardataires au point de vue des chaires otologiques ; seul, *King's College*, à Londres, possède un auriste élevé à la dignité de Professeur.

Passons maintenant une revue rapide des progrès de l'otologie au cours des trente dernières années.

Au point de vue *anatomique* et *physiologique*, les expériences ont été précises, mais rien de nouveau n'a été découvert.

La *pathologie* a beaucoup progressé. Pour les affections du conduit, bien que l'*aspergillus* eût été découvert auparavant par Meyer, Schwartze et Wreden, il n'avait pas été étudié à fond. De

nombreux travaux ont paru sur la nature et la classification des exostoses.

Nos connaissances sur l'otite moyenne, le catarrhe chronique, et la sclérose se sont considérablement accrues, mais il reste encore beaucoup à faire sur ce sujet.

Meyer a démontré l'influence des lésions naso-pharyngiennes sur l'appareil auditif.

On a beaucoup écrit sur les suppurations chroniques, les affections des osselets, celles de l'attique, de l'antre et de la mastoïde et les complications intracrâniennes qui peuvent survenir. On connaît mieux la nature des granulations et des polypes; et quoique Toynbee eût déjà attiré notre attention sur le cholestéatome, son importance pathologique en rapport avec les mastoïdites n'a été définitivement reconnue que récemment.

La pathologie labyrinthique n'a pas autant progressé, pourtant on connaît mieux la maladie de Ménière, et Politzer nous a renseignés sur une affection de la capsule. Enfin on a étudié partiellement la pathologie de la syphilis congénitale de l'oreille interne.

Les *moyens de diagnostic* se sont énormément perfectionnés.

Le diagnostic entre les affections de l'appareil de conduction et le nerf auditif, qui autrefois était souvent confus est très facile maintenant, grâce surtout à l'étude du diapason.

Notre outillage d'éclairage s'est beaucoup amélioré.

La bactériologie nous a aidés et nous servira sans doute encore davantage dans l'avenir. Malheureusement les organes essentiels sont renfermés dans des os si épais qu'ils restent impénétrables aux rayons X.

Le traitement a fait des progrès immenses.

Même pour les otites moyennes catarrhales chroniques et la sclérose, qui jusqu'ici avaient résisté à tous nos efforts, on a retiré indirectement de grands bienfaits de la thérapeutique prophylactique naso-pharyngienne.

Le traitement des suppurations s'est beaucoup perfectionné. L'otorrhée simple a bénéficié des antiseptiques tels que l'acide borique, l'alcool, etc., et bien des cas ont guéri sans opérations.

Pour les complications : caries, granulations et polypes, le résultat est plus frappant, et on peut souvent éviter la production de polypes. Aucun auriste ne pourrait en montrer actuellement une collection aussi nombreuse que celle que possédait Warden, de Birmingham, il y a vingt-cinq ou trente ans.

Le curettage des parties cariées, et l'excision des osselets sont des interventions d'application récente.



Ceci nous amène aux perfectionnements merveilleux apportés au traitement des affections de l'autre et de la mastoïde, dont nous sommes surtout redevables à Schwartze et à Stacke, bien que nombre d'autres auteurs aient contribué à leur accomplissement. Que d'agonies ont été adoucies et combien d'existences sauvées par ces interventions !

En unissant les efforts du chirurgien à ceux de l'otologiste, on évite souvent les suppurations intracrâniennes. Comment se fait-il qu'autrefois nos chirurgiens étaient dans l'impossibilité de lutter contre les complications intra-crâniennes et qu'à présent nous pouvons opérer avec impunité sur le tympan, l'attique et la mastoïde ? Ce résultat surprenant est dû à l'antisepsie préconisée par le plus grand homme vivant à l'heure actuelle : Lord Lister, notre illustre compatriote.

En résumé la science otologique a, au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, conquis une place dans la chirurgie et son utilité est maintenant universellement reconnue, mais il reste encore beaucoup à faire à la chirurgie auriculaire surtout au point de vue de l'otite moyenne chronique non suppurée.

Pour terminer, j'émetts le vœu que tous les spécialistes, jeunes et vieux, allient leurs efforts pour aboutir à un résultat pratique.

2. A. COSTINIU (médecin des hôpitaux, Bucarest). — **L'état des oreilles, du larynx et du nez chez les vieillards.** — Le nombre des vieillards examinés par moi à l'hôpital Pantelémon (dans les services du Dr Furbure et du Dr Marinesco) s'élève à 148 dont 89 hommes et 59 femmes, âgés de 50 à 107 ans.

Ces cas ont été partagés en trois catégories :

a) Sensibilité simple, 104 cas ; b) sensibilité avec hémiplegie, 30 cas ; c) sensibilité accompagnée de différentes maladies comme : ataxie, maladie du Parkinson, chorée chronique, etc., 14 cas.

Dans toutes ces catégories j'ai divisé l'audition de la voix parlée à 5 mètres en : bonne, diminuée et abolie ; j'ai procédé aussi par catégorie pour le nez, le larynx et la cavité buccale.

En général, ces recherches vont aboutir à constater dans 30 % des cas un désaccord entre l'audition et le signe de Weber ; dans 43 %, l'atrésie du conduit auditif externe ; dans 45 %, la sclérose du tympan ; dans 45 %, l'ankylose des articulations des osselets ; dans 8 %, la perforation du tympan ; dans 6 %, l'otite moyenne suppurée.

Le voile du palais, les piliers et la luette congestionnés dans 40 % des cas, des varices au niveau de la base de la langue dans

20 %; — le goût diminue dans 15 %; et le goût perversi dans 25 %.

Les cornets du nez sont le plus souvent hypertrophiés; polypes muqueux dans 8 cas; destruction de la cloison, 9 fois; végétations adénoïdes, 5 cas; odorat aboli, 27 %; odorat perversi, 15 %. Une seule tumeur maligne dans la fosse nasale.

Épiglotte affectant différentes formes, 34 %; épiglotte congestionnée, 11 %; gêne des mouvements de l'épiglotte, 21 %; cordes vocales hypertrophiées, 20 %; réduction de volume des cordes vocales, 16 %.

Chez les vieillards hémiplegiques j'ai trouvé notamment la parésie du voile du palais du même côté que l'hémiplegie; quatre fois elle était bilatérale; adduction incomplète des cordes vocales, 5 fois.

Dans les cas compliqués d'ataxie locomotrice, deux fois il existait un tremblement fibrillaire des cordes pendant la respiration.

Presque chez tous les vieillards, les amygdales palatines sont tellement atrophiées qu'il n'en reste plus traces; trois fois nous avons trouvé les amygdales normales comme dimension, mais transformées en un tissu fibreux blanchâtre et dur. Réflexe pharyngien aboli.

A l'examen microscopique, nous avons toujours rencontré des lésions banales de sclérose.

**3. R. KAYSER (Breslau). (Auto-referat). — Recherches expérimentales sur les phénomènes acoustiques dans les milieux liquides.** — Il est évident que les dernières portions vibrantes de l'organe auditif qui propagent le son aux extrémités nerveuses se rencontrent dans le liquide.

On a très peu étudié la façon dont les masses vibrent dans l'eau, car jusqu'ici on ne possédait aucune méthode pour reconnaître et poursuivre les vibrations dans les liquides. J'ai trouvé un procédé en modifiant un téléphone. Cet appareil est construit de manière que la plaque métallique vibrante puisse être aspergée de liquide des deux côtés. Si l'on parle dans ce téléphone aquatique ou qu'on pose un diapason devant, la plaque métallique sensible baignant dans l'eau oscille et communique ses mouvements à un second téléphone ordinaire relié au téléphone aquatique et sur lequel on peut observer ces phénomènes. On peut aussi effectuer l'expérience en sens inverse.

On reconnaît ainsi : 1° Que l'intensité du son peut être notablement amoindrie même par une petite quantité de liquide, tant

pour la parole que pour les sons du diapason. Parmi ces derniers, ceux qui sont le plus influencés par le téléphone aquatique sont les tons graves (au-dessous de  $C^3$ ) et les plus élevés ( $C^4$  et au-dessus). 2<sup>o</sup> Lorsqu'après avoir reproduit dans l'organe auditif les conditions dans lesquelles l'appareil conducteur du son (fenêtre ovale) est recouvert d'une membrane, l'autre ouverture (fenêtre ronde) est close afin d'opposer tous les obstacles à l'évacuation de l'eau la perception du son n'est pas sensiblement inférieure à celle que l'on observe quand on a ménagé une voie pour l'écoulement du liquide. Mais quand il n'existe qu'un seul orifice conducteur, le son est toujours plus faible que lorsqu'il y en a deux. Il semble résulter de cette nouvelle méthode expérimentale qu'il faille peut-être attribuer plus d'importance qu'on ne l'a fait jusqu'ici aux vibrations moléculaires des osselets.

Dans la discussion qui suivit, KAYSER dit qu'il ne remarqua aucune altération de la qualité du son par l'emploi du téléphone aquatique. Au contraire il a obtenu la confirmation d'une ancienne observation suivant laquelle un diapason d'une hauteur déterminée rend dans l'eau des sons plus graves ce qu'on peut aussi parfaitement vérifier au moyen d'un téléphone.

4. T. BOBONE (San Remo). — **La régression précoce du tissu adénoïdien sur la Riviera** (Auto-referat). — Bobone rappelle d'abord qu'en publiant, en 1883, plusieurs cas d'affections de l'oreille, observés pendant une saison chez des baigneurs, il avait émis l'opinion que c'était à l'eau de mer et non à l'air maritime que l'on devait attribuer la cause de la maladie; opinion qui contraste avec celle énoncée par M. Moure au congrès otologique de Bruxelles, à savoir que l'air de la mer est plus nuisible que l'eau pour les oreilles. En outre, tandis que M. Moure reproche à l'air maritime de provoquer l'accroissement momentané des végétations adénoïdes, Bobone a eu l'occasion de relever, pendant une pratique de 20 ans, que les végétations adénoïdes sont très rares chez les habitants de San Remo et de la Rivière du Ponent et ce qui l'a plus frappé encore c'est que chez plusieurs enfants, venus à San Remo pendant les saisons d'hiver, chez lesquels il avait diagnostiqué la présence de végétations adénoïdes et proposé l'opération qui, pour des raisons de plusieurs ordres avait été repoussée ou ajournée par les parents, ces végétations régressèrent avant la puberté sans l'aide d'aucun remède uniquement sous l'influence du climat.

Pour expliquer cette diversité d'action observée par M. Moure

et par lui, BOBONE fait ressortir que les climats maritimes ne sont pas partout analogues à ce point de vue, et qu'entre l'air de la Rivière du Ponent et l'air de Bordeaux, par exemple, il existe une notable différence qui peut expliquer leur divergence d'action sur les oreilles.

La régression que B. observa n'est pas celle que l'on remarque partout à l'époque de la puberté, et pour laquelle le terme involution devrait être remplacé par ceux de rétraction, ou cicatrisation, car elle laisse subsister des altérations graves de la muqueuse (irrégularités, catarrhe, stagnation des sécrétions, etc.). B. a vu un seul cas de disparition pure et simple, avec pharynx nasal à peu près normal.

La cause déterminante de la rareté des végétations adénoïdes sur la Rivière et de leur involution précoce chez les adénoïdiens importés provient uniquement de l'influence climatérique. Ce climat est caractérisé par trois points essentiels et tous fort importants : 1° chaleur, 2° sécheresse, 3° lumière incomparable. C'est à la sécheresse que revient le principal rôle. B. croit, en effet, que si le climat de Bordeaux agit sur la gorge et les oreilles d'une façon pernicieuse et très différente de celui de la Rivière, c'est que Bordeaux est sous l'influence du courant du Golfe (Gulf Stream) qui lui donne une humidité excessive. Or, parmi tous les facteurs accusés de provoquer les végétations adénoïdes l'humidité serait, pour B. le plus important, sinon le seul. D'après les quelques données que nous possédons sur la distribution géographique des végétations adénoïdes, B. croit avoir relevé que parmi les pays où la présence des végétations adénoïdes a été surtout signalée, on remarque surtout ceux qui se ressentent de l'influence du grand courant équatorial et du courant du Golfe, qui en est la continuation. En outre, en examinant la fréquence des végétations adénoïdes en Italie, il trouva que les pays les plus humides sont aussi ceux qui renferment le plus d'adénoïdiens, et vice versa.

B. relève encore un autre point qui lui paraît important. Il croit que la raison pour laquelle les végétations adénoïdes dans les pays froids, humides, septentrionaux ne subissent pas d'involution, ou la subissent tardivement, en laissant des suites peut-être pires que le mal, réside dans les poussées d'adénoïdites, si fréquentes, qui compliquent la constitution si simple à l'origine des végétations adénoïdes. Un climat chaud, sec, lumineux comme celui de la Rivière du Ponent met les adénoïdiens à l'abri des adénoïdites, aussi l'involution peut-elle se produire d'une ma-

nière ininterrompue. On n'observe naturellement pas cette régression chez tous les enfants, mais seulement chez ceux qui sont placés dans des conditions favorables leur permettant de jouir de tous les avantages du climat.

De ce qui précède B. ne tire pas de conclusions tendant à modifier la thérapeutique des végétations adénoïdes. Il se borne à dire que tout en accordant la préférence à l'opération, il ne se désintéresse plus maintenant, comme par le passé, des enfants dont les parents s'opposent à une intervention sanglante ; il les soigne par les moyens que tout le monde connaît et auxquels le milieu ambiant donne très souvent un pouvoir qu'ils n'ont pas ailleurs.

5. A. COSTINIU (Bucarest). — **Les exercices acoustiques chez les sourds-muets.** — Pour ces exercices je me suis servi de la voix parlée, et aussi de divers instruments (trompette, tambour, etc.), placés à une distance allant jusqu'à 20 et 30 mètres. La méthode suivie est presque celle décrite par Urbantschitsch. — J'emploie la voix parlée en lui donnant différentes intensités. Je me sers très rarement de tubes acoustiques ayant remarqué qu'ils altèrent le timbre de la voix.

Les exercices ont été faits par différents membres de la famille.

— Pour moi la variation de la voix est une chose capitale.

Je commence par faire entendre à mes malades une ou deux voyelles par séance ; celles-ci sont répétées 2 à 3 fois par jour et durent chaque fois 15 minutes. Quand une voyelle détermine une sensation auditive précise et quand les malades la prononcent bien, je passe à d'autres voyelles, puis aux consonnes, aux monosyllabes, enfin aux mots et aux phrases. Autant que possible je parle à mes malades de côté, pour qu'ils s'habituent à entendre sans regarder la personne. — Quand les malades sont habitués à prononcer et à comprendre les mouvements des lèvres, je tâche de perfectionner leur langage en parlant à voix mi-haute.

Il se produit souvent une certaine confusion, lorsque les malades connaissent déjà plusieurs voyelles et consonnes. Il faut alors revenir sur ses pas, répéter sans cesse et insister sur les sons mal prononcés. Il m'est arrivé de voir des malades qui jusque-là entendaient et prononçaient bien différentes lettres et même des mots, brusquement dans l'espace de 24 heures, ne plus entendre et prononcer difficilement. Il faut recommencer de nouveau et on arrive après 2 ou 3 semaines, au point où on avait commencé.

Les femmes apportent plus d'intérêt à cet exercice que les hommes.

On peut observer au début certains phénomènes nerveux, qui petit à petit disparaissent. Tous mes malades sont devenus sourds, après la naissance, et présentaient des restes d'auditions pour la voix parlée. — Pour ceux chez qui les traces d'audition n'existaient pas, je ne pus rien obtenir de même que chez les sujets qui présentaient encore des restes d'audition, mais avaient plus de 25 ans.

En même temps que les exercices, je pratique le cathétérisme de la trompe, la politzération. Chez trois malades j'ai retiré des végétations adénoïdes.

Par cette méthode je suis arrivé à voir 10 malades entendre la voix parlée à plus d'un mètre et les instruments à plus de 15 mètres, et prononcer des phrases entières.

Mais il faut une persévérance extraordinaire tant de la part du médecin que du malade et un laps de temps variant de 10 mois à 2 ans et même davantage. Reste à savoir si ces résultats seront durables.

6. DELIE (Ypres). — **Panotite. Complication cérébrale. Opération. — Mort. — Autopsie** (Auto-referat). — Le cas dont il s'agit nous montre une inflammation purulente des couches superficielles de la mastoïde et de la voûte du tympan se compliquant de méningite purulente et entraînant la mort. Comme dans le cas de Grünert et de Jansen, on trouve le pneumocoque dans le pus otorrhéique. Aucune lésion n'établit un passage direct et par continuité entre l'oreille enflammée et un exsudat purulent intracrânien. La voie d'infection s'est établie à travers une paroi osseuse intacte, probablement par le système circulatoire sanguin. Les lésions endocrâniennes étaient principalement localisées dans le ventricule du cerveau et à la surface du cervelet du côté opposé à l'oreille malade.

7. P. J. MINK (Zwolle Hollande). — **Pneumomassage sous pression élevée** (Pneumomassage unter höherem Drucke) (Auto-referat).

La chaîne des osselets doit être considérée comme un levier, ayant la membrane du tympan et celle de la fenêtre ovale à ses extrémités. C'est par l'intermédiaire de cet appareil que l'air atmosphérique est mis en rapport avec le liquide labyrinthique.

La mobilité de cet intermédiaire comme unité exerce une influence prédominante sur l'audition.

Quand la chaîne des osselets est transformée en une tige rigide par la tension de la membrane du tympan, le système entier jouit d'une certaine élasticité.

Au point de vue physique la mobilité de cet appareil élastique possède une valeur dite coefficient d'élasticité.

Une diminution de la mobilité correspond à un accroissement de cette valeur. La tâche qui s'impose à l'auriste dans le cas de rigidité de l'appareil transmetteur de l'ouïe est alors de réduire la valeur trop grande du coefficient d'élasticité.

On a essayé d'atteindre ce but par des mouvements de va et vient appliqués à la membrane du tympan. Cette idée est tout à fait rationnelle si l'on tient compte que ces mouvements doivent dépasser les limites de l'élasticité. La conception de l'élasticité s'oppose à la possibilité de diminuer la valeur du coefficient par des mouvements qui restent dans ces limites.

Le pneumomassage, actuellement en usage ne tient pas compte de cette clause. Au point de vue mécanique il ne peut donc servir au but proposé. Si l'on a observé des effets favorables, il faut plutôt penser à une influence sur les conditions de vitalité des parties rigides.

D'autre part, il faut une force qui transforme la chaîne des osselets en une tige rigide, parce qu'il est nécessaire d'attaquer l'appareil de transmission comme unité. C'est encore la pression pneumatique sur la membrane du tympan qui nous peut servir le mieux, seulement il faut pousser cette pression jusqu'aux limites de l'élasticité de l'appareil de transmission. Alors, cette tension constante, de petites pressions surajoutées, suffit à franchir les limites de l'élasticité et à réduire le coefficient qui indique sa valeur.

Quelle doit être cette pression constante dans certains cas ?

Afin d'élucider cette question, j'ai soumis les membranes tympaniques d'une série de malades à une pression pneumatique élevée d'une manière lente et égale. J'ai tiré de mes expériences les conclusions suivantes :

1. Les organes auditifs normaux ne supportent qu'une pression peu élevée. Bientôt une sensation douloureuse apparaît.
2. Les organes anormaux, avec transmission vicieuse des sons, supportent, en général, une pression plus élevée.
3. Les inflammations aiguës restant hors de la question, seuls quelques cas de sécrétion de la caisse et d'atrophie du marteau, font exception à la règle.
4. Dans les cas de sclérose, la pression constante tolérée est

toujours sensiblement plus élevée que celle qui est supportée par des organes auditifs normaux.

5. On peut constater une relation assez nette entre la pression supportée et le degré de sclérose.

Je me croyais autorisé, par ces observations, à admettre que la sensation douloureuse, entrant en scène, indique le moment où la limite de l'élasticité de l'appareil de transmission va être atteinte.

Le traitement que j'ai inauguré, n'est qu'une application simple et directe de cette considération :

Un réservoir d'air, mis en rapport avec l'oreille par un tube de caoutchouc hermétiquement adapté au méat auditif, est comprimé d'une manière lente et égale par l'action d'une vis. — Cet appareil clos est, d'un côté, en communication avec un manomètre, d'un autre avec une petite poire de caoutchouc. La vis est mise en jeu, jusqu'à ce qu'on perçoive une sensation douloureuse à l'intérieur de l'oreille. Alors on cesse de serrer la vis et on prend la poire en main.

La partie la plus délicate du traitement commence. Il s'agit de franchir la limite d'élasticité de l'appareil de transmission avec un minimum. Une compression trop forte de la poire de caoutchouc, peut devenir nocive ; une compression trop faible peut ne servir à rien. On prêtera une attention scrupuleuse aux sensations du malade. — Ainsi on parvient à éviter tout effet nuisible. Immédiatement après le traitement, on remarque toujours une hypérémie prononcée de la membrane du tympan, d'ailleurs sans conséquences.

Le nombre des interventions et des compressions de la poire doit varier selon les cas.

Les résultats que j'ai obtenus jusqu'ici sont très encourageants, tant au point de vue de l'audition, que des bruits subjectifs. Ils surpassent de beaucoup ceux que j'ai pu obtenir par d'autres méthodes.

Avant tout, je recommande aux confrères qui veulent employer ce traitement, d'opérer toujours avec lenteur et prudence.

8. A. HARTMANN (Berlin). — **Anatomie du sinus frontal et des cellules ethmoïdales antérieures, avec projections d'un grand nombre de photographies** (Autoreferat). — Par des recherches embryologiques, l'auteur a réussi à obtenir une image simple et exacte de la disposition des cellules ethmoïdales antérieures qu'il dénomme cellules frontales. Sur l'embryon, on voit se développer, sur la paroi externe du nez, plusieurs rameaux bifurqués,



quatre d'après Zuckerkandl et six suivant Killian, dont H. adopte en grande partie le plan. Ultérieurement se forment les méats du nez, entre les rameaux se trouvent des bourrelets qui sont les cornets futurs. Les rameaux bifurqués, et surtout le premier inférieur, sont courbés en forme de genou, de sorte qu'on distingue un rameau ascendant antérieur et un rameau postérieur descendant. On remarque à l'extrémité supérieure du rameau ascendant, un enfoncement du recessus frontal (Killian). Le sinus frontal se développe par la projection du recessus frontal entre les lames de l'os frontal. Ordinairement, on voit apparaître sur la face externe de la bifurcation, trois rameaux accessoires, d'où partent aussi les cellules frontales, comme le sinus frontal du recessus frontal. On différenciera donc une cellule frontale antérieure, une externe et une postérieure. La diversité de forme et d'étendue de ces cellules influe sur la forme du canal naso-frontal. Le sinus frontal peut être formé non seulement par la projection du recessus frontal, mais encore par celle des cellules frontales entre les lames de l'os frontal (formation indirecte du sinus frontal).

Hartmann explique ces diverses formations par de nombreuses projections photographiques.

1. Sinus frontaux sans cellules frontales ; a) avec une simple ouverture ronde sous forme de fente vers le méat moyen ; b) avec un orifice rétréci par une bulle ethmoïdale.

2. Sinus frontaux avec cellules frontales à travers lesquelles se forme un canal naso-frontal : a) avec cellules régulièrement rangées ; b) avec des cellules irrégulièrement disposées.

3. Hernie des sinus frontaux.

4. Absence de sinus frontaux.

D'autres figures représentent des coupes frontales pratiquées à travers les sinus frontaux et les cellules frontales, et le mode opératoire des sinusites frontales. Il ne suffit pas, après l'ouverture du sinus frontal, d'enlever le plancher, c'est-à-dire d'ouvrir les cellules frontales, il faut aussi retirer le plancher des cellules frontales, après avoir excisé l'extrémité antérieure du cornet moyen. Pour faciliter cette manœuvre, H. pratique, outre l'ouverture de la paroi antérieure du sinus frontal, un second orifice dans la paroi orbitaire médiane à travers laquelle on peut extraire les portions inférieures des cellules frontales et ainsi ménager un accès libre vers les fosses nasales.

9. A. HARTMANN (Berlin). — **Sur l'occlusion congénitale et acquise du conduit auditif externe** (Autoreferat). — L'auteur

montre deux pièces d'absence congénitale du conduit auditif externe, dite atrésie auriculaire congénitale, l'une provenant d'un nouveau-né et l'autre d'un adulte. Sur la première, l'anomalie de développement était bilatérale. Dans les deux cas, l'anneau tympanique, la paroi tympanique du temporal et la membrane du tympan faisaient absolument défaut. La caisse et les trompes existaient, de même que les osselets, mais ils n'atteignaient pas leur développement normal. La connaissance anatomique des cas de ce genre est importante lorsqu'il s'agit de décider une opération sur le conduit auditif externe. H. rapporte qu'il lui est arrivé une fois après avoir détaché le pavillon de l'oreille, de s'apercevoir de l'absence totale de conduit auditif externe. Dans la littérature, on ne trouve que l'observation de Vanoni où l'intervention fut couronnée de succès, mais la description de ce cas éveille encore bien des doutes.

L'occlusion osseuse acquise du conduit auditif externe est plus rare que l'occlusion congénitale. H. a soigné un malade qui, à la suite d'une diphtérie scarlatineuse, fut atteint d'otorrhée bilatérale et de méningite, et chez lequel survint une occlusion osseuse complète des deux conduits auditifs externes. Des deux côtés, la voix chuchotée n'était perçue que contre l'oreille. D'un côté, on rétablit un conduit par l'opération radicale. Après l'excision au ciseau des masses osseuses nouvellement formées et de la paroi postérieure du conduit, et le dégagement de l'oreille moyenne, on ménagea, à l'aide du lambeau de Kœrner, une large ouverture dans le conduit. Comme traitement consécutif, on cautérisa fréquemment les granulations, et on introduisit un tube d'étain. L'audition fut notablement améliorée.

10. — L. KATZ (Berlin). — **Présentation de reproductions stéréoscopiques de préparations transparentes de l'oreille humaine** (méthode de Katz, décrite dans l'*Archiv. f. Ohrenheilh.* Bd. 34). (Autoreferat).

a) Le labyrinthe tout entier, et en particulier les canaux semi-circulaires épidermisés, l'utricule, le saccule, etc.; dans lesquels le trajet des nerfs est coloré à l'acide osmique.

b) La caisse, c'est-à-dire le tympan avec les osselets, la corde du tympan, etc., vus de l'intérieur.

c) Les relations anatomiques de la fenêtre ronde : la membrane de la fenêtre ronde vue de l'extérieur et de l'intérieur. La partie la plus instructive concerne les pièces sur lesquelles on distingue le récessus sis au-dessus de la fenêtre ronde précédemment décrit

par Katz. Sur certaines préparations, le récessus est excessivement long, il provient de la région postérieure, au-dessous de la fenêtre ronde, se dirige en avant, presque horizontalement sous la circonvolution basale du limaçon. Il est donc situé à la limite des parois médiane et inférieure de la caisse, sa longueur est variable, parfois il est seulement indiqué et affecte la forme d'un trou.

Ensuite, Katz montre une série de coupes microscopiques de l'organe de Corti et les ampoules avec leur épithélium crétacé.

K. a d'abord traité ces préparations durant 5 à 6 heures avec de l'acide osmique à 1/2 %, puis de l'acide chromique à 1/2 % et de l'acide acétique glacial à 1/2 % pendant trois ou quatre jours, puis il les a calcifiées dans de l'acide nitrique à 5 %. Inclusion dans la celloidine. Les plus petits détails des coupes sont parfaitement conservés.

Enfin K. présente plusieurs préparations de l'étrier, concernant surtout la fenêtre ronde, qu'il démontre à l'aide du microscope binoculaire de Zeiss, ainsi qu'une pièce transparente de limaçon humain conservée dans le baume du Pérou, sur laquelle grâce à la coloration osmique on distingue avec une netteté extraordinaire, tout le trajet du nerf cochléaire.

11. D. AJUTOLO (Bologne). — Présentation d'un irrigateur buccal en verre qui présente entre autres propriétés de pouvoir être parfaitement aseptisé et qui est bien supporté par les malades. — Il fonctionne automatiquement au moyen du bock siphon utilisé pour toute espèce d'irrigation.

12. M. LERMOYEZ. — La contagion des otites moyennes aiguës. (Publié dans le n° d'octobre).

13. M. LANNOIS. — Epilepsie ab aure læsa. (Publié dans le n° d'octobre).

14. V. GRAZZI. — Nouveau traitement des inflammations chroniques catarrhales du pharynx en rapport particulièrement avec les maladies de l'oreille. (Publié dans le n° d'octobre).

15. L. BAR. — Abscès antérieurs de la mastoïde et furonculose du conduit auditif externe. (Voir page 490).

16. GRAY. — Un cas de tumeur de la moelle causant la surdité unilatérale et d'autres accidents. (Voir page 500).

17. T. HEIMAN. — De l'inflammation primitive de l'apophyse mastoïde. (Voir page 475).

18. P. LACROIX. — Complications otiques de l'ozène. (Voir page 502).

19. OSTMANN. — Sur la curabilité de la surdité par le massage vibratoire de l'appareil conducteur du son. (Voir page 468).

20. ROHRER. — Sur la transparence bleue du tympan, « tympanum cæruleum et la présence de varices sur la membrane tympanique. (Voir page 487).

(A suivre).

---

#### BIBLIOGRAPHIE

---

**Traité de laryngologie et de rhinologie**, par Paul HEYMANN, fascic. 27, 28 et 29 (A. Hölder, éditeur, Vienne, 1898).

*Les affections diphthériques et croupales du larynx et de la trachée*, par HOPPE-SEYLER.

*Les affections du larynx liées à des états morbides chroniques et généraux*, par SOKOLOWSKI.

Quelques mots sur l'état du larynx dans l'anémie, la leucocytémie, la pseudoleucémie, la maladie de Werlhof, le scorbut, le diabète, la scrofule et le rachitisme, l'arthritisme et la goutte, les troubles cardiaques, gastriques, rénaux, les affections génitales, enfin les intoxications chroniques par l'alcool, le tabac, le mercure et l'iode.

*Les malformations du larynx et de la trachée*, par D. HANSEMAN. *Hygiène du larynx et de la voix. Troubles vocaux des chanteurs.* par Th. FLATAU.

Etude très pratique des défauts de la voix, des moyens de l'exercer, de la conserver et de la corriger.

*Les moyens adjuvants de l'enseignement de la laryngologie*, par RICHARD WAGNER.

L'auteur énumère les divers phantomes, schémas, etc., et consacre quelques pages à la photographie du larynx.

*Des altérations morbides observées dans le pharynx au cours des maladies générales et des affections chroniques*, par A. V. SOKOLOWSKI.

*Tuberculose et lupus du naso-pharynx*, par Prof. OTTO SEIFERT.

C'est un des articles les plus complets du traité.

*Syphilis du pharynx et du naso-pharynx*, par C. M. HOPMANN.

*Syphilis du pharynx et du naso-pharynx*, par HOPMANN.

*Lèpre du pharynx et du naso-pharynx*, par BERGENGRÜN.

*Le pharyngosclérome*, par PIENIAZEK.

*Les malformations du pharynx et du naso-pharynx*, par HANSE-MANN.  
M. N. W.

**Traité des maladies de l'oreille ; résumé d'anatomie et de physiologie de l'organe**, par le Prof. ALBERT H. BUCK (3<sup>e</sup> édition. (Edit. William Wood et Cie, New-York, 1898), 600 pages, 147 figures).

Très clair, très précis dans les parties qui traitent de l'examen de l'oreille, de l'analyse des symptômes subjectifs, c'est un excellent livre d'enseignement qui ne suppose pas connus nombre de détails anatomiques sur lesquels les notions sont en général assez confuses dans la plupart des mémoires. Les instruments usuels sont figurés et leur maniement soigneusement décrit dans les opérations courantes. Les chapitres de pathologie offrent un certain nombre d'observations intéressantes.

M. N. W.

**Le cérumen**, par GODDARD (*Thèse de Lyon*, 1899.)

Le travail de l'auteur inspiré par M. Lannois, est une bonne revue générale sur ce sujet.

Un premier chapitre est réservé à l'étude des glandes cérumineuses, leur nature, leur formation, leur topographie, leur structure et leurs fonctions, puis à celle de la sécrétion cérumineuse.

Un deuxième chapitre a trait aux troubles de la sécrétion cérumineuse; ces troubles sont habituellement sous la dépendance des maladies de l'oreille moyenne ou interne, et tout particulièrement du nez et du naso-pharynx. Les bouchons se rencontrent aussi bien dans les oreilles qui ont une sécrétion ralentie que dans celles qui ont une sécrétion exagérée.

L'auteur rappelle qu'il faut distinguer deux sortes de bouchons : ceux qui sont constitués exclusivement par du cérumen (bouchons cérumineux proprement dits), et ceux dans lesquels les cellules

épidermiques desquamées prédominant (bouchons épidermiques).

Suivent les symptômes provoqués par les bouchons, et enfin, leur traitement.

R. ETIÉVANT.

**De l'ankylose osseuse de l'étrier dans la fenêtre ovale; avec 4 pièces anatomiques,** par Ed. HARTMANN (*Thèse de Bâle, 1898.*)

Étude complète, histologique surtout, de deux cas d'ankylose bilatérale de l'étrier. L'auteur joint à son étude personnelle l'analyse de toutes les observations publiées et examine les différentes théories. Ses observations confirment l'idée d'hyperostose, non celle d'ossification post-inflammatoire.

M. N. W.

**L'oxygène dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne,** par T. ROSATI (*Rome, 1898.*)

Depuis les travaux de Baldy, les propriétés désinfectantes de l'eau oxygénée ont été bien établies.

A la clinique du professeur de Rossi, à Rome, cette substance est utilisée depuis 1885 dans la thérapeutique auriculaire.

Le professeur de Rossi avait essayé aussi l'action directe de l'oxygène gazeux, mais sans en obtenir de sérieux résultats, quand en août 1896 parut un travail de Stoker sur ce sujet concluant à l'utilité positive de ce gaz.

De nouvelles recherches furent alors entreprises à Rome à ce propos et l'auteur en donne un exposé détaillé.

Il conclut ainsi :

1° Le traitement direct avec le gaz oxygène des suppurations chroniques de l'oreille moyenne n'est pas d'une application facile, soit par la difficulté de la technique soit pour des raisons provenant de la tolérance plus ou moins grande des malades.

2° Les résultats obtenus ont été ou négatifs, ou peu sérieux.

3° La méthode de traitement par le gaz oxygène ne peut en aucune façon être comparée à l'emploi de l'eau oxygénée plus simple et plus avantageuse.

H. DU F.

**Les paralysies faciales symptomatiques dans les otopathies exsudatives des cavités tympano-mastoïdiennes. Oto-chirurgie indirecte et directe ou fallopienne,** par le professeur V. COZZOLINO (*Naples, 1897.*)

L'auteur commence par faire l'historique des travaux publiés sur l'otite considérée comme cause des paralysies faciales.

Avant 1890-91, époque où a commencé l'oto-chirurgie radicale, on ne pouvait penser à aller directement agir sur le canal de Fallope.

En mai 1895, le Dr Chipault, de Paris, a publié un cas de paralysie faciale traitée par la résection des parois du canal de Fallope dans son trajet pétreux.

Pour le professeur Cozzolino, la chirurgie du canal ne doit être qu'un corollaire de la mastoïdotomie radicale. Pour mettre à nu la zone chirurgicale de ce conduit il se sert d'une curette spéciale. Il faut cureter avec une très grande légèreté de main.

Suivent des figures montrant les résultats obtenus chez trois malades.

D'un autre côté il existe des cas où l'on doit agir sur la portion descendante du canal ou sur la zone du conduit stylo-mastoïdien (projectiles, carie, nécrose...)

L'auteur pense que l'on peut agir dans ces cas d'une manière plus simple que par le procédé de Chipault. Il décrit son procédé qui n'expose pas à autant de délabrements.

On peut conclure aujourd'hui que la paralysie de la 7<sup>e</sup> paire est curable, quelle que soit la cause de la compression, à moins qu'il n'existe une névrite dégénérative, ce qui est très rare.

H. DU F.

**De la tuberculose de l'oreille moyenne; sa guérison, par I. DREYFUS**  
(Thèse de Bâle, 1898).

L'auteur apporte 7 observations d'otite tuberculeuse, dont cinq développées chez des individus atteints de tuberculose pulmonaire et ganglionnaire; la guérison fut ici le résultat d'un traitement local bénin et surtout d'un traitement général rationnel prolongé; dans l'un de ces cas la malade succomba à la tuberculose pulmonaire et l'auteur apporte les résultats de l'autopsie et l'examen de l'oreille guérie d'une otite grave avec extension à la mastoïde. Dans deux autres cas la tuberculose de l'oreille était primitive; toutes les observations, sauf une, concernent des adultes.

M. N. W.

**Considérations physiologiques et cliniques sur les cavités et la muqueuse nasales, par le Dr P. L. PELAEZ-VILLEGAS** (Grenade, 1897).

L'auteur a résumé dans ce très intéressant travail toutes nos connaissances sur le rôle physiologique des cavités et de la muqueuse nasales.

Il étudie successivement : le rôle de ces diverses parties dans l'olfaction et s'étend particulièrement sur la question encore obscure du mode d'action des particules odorantes.

Puis il passe en revue le rôle de filtration des cavités et celui des cils vibratiles ; leur rôle thermogène et hydrométrique ; l'influence de la respiration nasale sur la circulation ; le pouvoir absorbant de la muqueuse ; le rôle des cavités nasales dans la phonation ; le rôle bactéricide du mucus nasal et enfin la sensibilité, l'excitabilité et les réflexes de la muqueuse.

Ce simple exposé montre que l'auteur n'a négligé aucun point de son sujet. On lira avec fruit ce travail qui met bien au point toute la physiologie des cavités nasales.

H. DU F.

**Le rhume des foins**, par J. GAREL (In-16 carré, de 96 pages, de la collection des *Actualités médicales*, J.-B. Baillière, éditeur, Paris, 1899).

Notre excellent collaborateur et ami vient de traiter avec sa compétence habituelle la question du rhume des foins.

Voici les conclusions de son travail :

1° L'asthme des foins n'est autre qu'une variété de la rhino-bronchite spasmodique ;

2° La rhino-bronchite spasmodique se divise en deux variétés : l'une périodique ou rhume des foins proprement dit, l'autre apériodique, survenant dans n'importe quelle saison de l'année ;

3° L'asthme des foins dépend de trois facteurs principaux :

A. Terrain prédisposé, neuro-arthritisme ayant pour conséquence une susceptibilité particulière des centres nerveux.

B. Muqueuse nasale douée d'un certain degré d'hyperexcitabilité réflexe.

C. Un agent irritant extérieur seule cause déterminante des accès.

4° Le traitement peut s'adresser aux trois facteurs.

Il est préventif dans le premier cas, curatif ou palliatif dans le second et prophylactique pour le troisième.

5° Le traitement chirurgical qui a pour but de supprimer les zones sensibles de la pituitaire, est le seul qui donne des résultats positifs et certains.

A. G.



**Chamaeprosopie; son rôle dans l'étiologie de l'ozène manifeste (rhinite atrophique fétide),** par MEISSER (*Thèse de Bâle, 1898*).

L'auteur a fait des mensurations, qu'il présente en des tableaux détaillés, sur 40 examens et plus de deux cents individus normaux à ce point de vue; tandis que ces derniers sont chamaeprosopes ou leptoprosopes dans des proportions à peu près égales, un seul des 40 examens appartenait à ce dernier type, tous les autres ayant la face large; de plus, 34 étaient en même temps brachicéphales; ces chiffres ne sauraient être une coïncidence et ils établissent une fois de plus les relations entre la forme de la face et de ses cavités d'une part et le développement de l'ozène de l'autre.

D'un autre côté les altérations de l'épithélium nasal sont constantes dans l'ozène, mais ces mêmes métamorphoses épithéliales ne causent pas d'ozène dans les nez étroits, car le courant d'air y suffit pour bien balayer la muqueuse. L'ozène survient lorsque les deux conditions coexistent, la largeur de la face et des cavités nasales et la métaplasie épithéliale; ces deux conditions ne sont pas causales l'une de l'autre, la première est évidemment congénitale et la seconde paraît l'être également, ainsi qu'il résulte de deux examens histologiques.

M. N. W.

**Septum du naso-pharynx acquis. Anosmie. Pharyngite atrophique et rhinite polypeuse consécutives. — Opération, guérison,** par le professeur R. FORNS (*Madrid, 1897*).

Dans cette première conférence l'auteur rapporte l'observation d'un cas d'adhérence du voile à la paroi postérieure du pharynx.

Il s'agissait d'une femme de 30 ans qui présentait une obstruction complète des fosses nasales. Comme il existait une hypertrophie des cornets inférieurs qui masquait les parties profondes, l'auteur enleva d'abord l'extrémité polypeuse antérieure de ces cornets. Puis, avec le stylet et le toucher pharyngien il put se rendre compte de l'étendue et de la forme des adhérences. Elles formaient comme un voile horizontalement tendu. Il le perfora et avec le doigt élargit l'ouverture.

Les jours suivants il fit la dilatation forcée.

Cette affection se termina par la guérison.

L'auteur a reconnu que dans ce cas il ne s'agissait pas de syphilis. Il pense que ces adhérences proviennent de l'inflammation des végétations adénoïdes ulcérées qui se seraient soudées au pourtour des choanes.

Il s'étend ensuite sur les autres lésions consécutives à ce mode d'obstruction nasale, l'anosmie, la pharyngite atrophique et la rhinite polypeuse et il en étudie en détails le mécanisme physiologique.

H. DU F.

**Influence des lésions naso-pharyngiennes sur les organes voisins et sur l'organisme en général, par le Dr BUENO DE MIRANDA (Rio de Janeiro, 1896).**

L'auteur étudie dans cet intéressant travail toute cette importante question.

Après avoir rappelé l'anatomie et la physiologie des fosses nasales, il passe en revue les symptômes généraux des lésions naso-pharyngiennes.

Puis il montre l'influence de l'abolition ou de la diminution de la personnalité des fosses nasales sur les organes voisins : canal nasal, œil, sinus, pharynx nasal, trompe, oreille, larynx.

Il décrit ensuite les perturbations réflexes d'origine nasale, savoir : l'incontinence nocturne d'urine, la glycosurie, les névralgies intercostales, l'asthme, l'œsophagisme, la neurasthénie, les réflexes.

Il envisage enfin l'influence des lésions nasales sur l'organisme en général : anémie, dyspepsie, lymphatisme, troubles de la nutrition, ostéomalacie, lithiase biliaire, obésité, diabète, goutte, rhumatisme.

Il termine en insistant sur la nécessité de leur traitement.

H. DU F.

**Recherches anatomiques sur l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, par le D. J. HYNITZSCH (Thèse de Strasbourg, 1899).**

L'auteur a examiné 180 amygdales pharyngées et a trouvé sur ce nombre 7 cas de tuberculose, tandis que dans 173 cas l'hypertrophie était simple, soit par hyperplasie des tissus inter-folliculaires, soit par augmentation du nombre des follicules ; l'hypertrophie simple présente ainsi deux types, parfois bien tranchés, d'autres fois combinés en proportions variables. L'auteur décrit minutieusement la structure histologique de ces tissus, les kystes qui s'y rencontrent, les uns très communs à épithélium cylindrique, les autres rares à épithélium pavimenteux.

Quant aux végétations tuberculeuses, elles se sont remontrées cinq fois chez des individus en apparence indemnes de toute autre

tuberculose, une fois chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire ; une autre fois le malade était peut-être tuberculeux ; rien d'ailleurs ne s'oppose à l'infection primitive du tissu adénoïde ; l'auteur donne les sept observations de végétations tuberculeuses et deux autres de dégénérescence kystique. M. N. W.

**Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche**, par L. CRUET (Vol. de 400 pages avec une préface du Prof. Lannelongue, Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1899).

Le Dr Cruet vient de publier sous le titre d'*Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche*, un ouvrage très consciencieusement fait. Son livre est divisé en quatre parties : 1<sup>o</sup> anatomie de la bouche ; étude de la salive et des microbes de la bouche ; 2<sup>o</sup> Maladies de la muqueuse buccale, des gencives, des mâchoires et des dents ; nous recommanderons surtout la lecture des chapitres consacrés aux périostites alvéolo-dentaires, aux fistules dentaires, à la carie et à sa pathogénie microbienne. Ces diverses parties sont traitées avec un très grand soin ; 3<sup>o</sup> Opérations sur la bouche et les dents ; 4<sup>o</sup> Hygiène et thérapeutique générale de la bouche.

En résumé, ce petit volume de 400 pages écrit avec soin rendra des services certains à ceux qui prendront la peine de le consulter

A. G.

**Mycosis bénin des voies respiratoires supérieures**, par CHAVAS (Thèse de Lyon, 1898).

*Revue générale sur le mycosis bénin*, ce travail est basé sur 66 cas de cette affection, observés par M. Garel. L'auteur arrive aux conclusions suivantes.

Le mycosis des voies respiratoires supérieures est une affection très fréquente dans l'un et dans l'autre sexe ; on l'observe à tous les âges, mais son maximum de fréquence est entre 10 et 25 ans.

Il est dû à la prolifération anormale en certains endroits de prédilection d'une algue parasite existant normalement dans la cavité buccale, le *leptothrix buccalis*.

La cause occasionnelle de ce développement est l'acidité salivaire, qu'elle soit due aux fermentations buccales ou à un état particulier de l'organisme.

Les causes pouvant le favoriser sont les inflammations aiguës, violentes ou répétées, et surtout les inflammations chroniques de

l'arrière gorge, mais si elles peuvent le favoriser, elles ne sont pas indispensables.

L'emploi en applications locales de certaines substances essayées empiriquement dans cette affection (telles que l'alun, le tannin, les acides en général, les préparations ferriques, le nitrate d'argent) doit être rejeté pour faire place au traitement rationnel préconisé par M. Garel : Extraction à la pince des masses les plus saillantes, et cautérisations consécutives de tous les points mycosiques au galvano-cautère.

R. ETIÉVANT.

**Comptes rendus de la 20<sup>e</sup> session annuelle de l'Association Laryngologique américaine tenue à Brooklyn en 1898** (D. Appleton and Co, éditeurs, New-York, 1899).

Comme tous les ans, on trouve dans ce recueil la publication *intenso* des mémoires lus à la Société, mais à l'occasion du 20<sup>e</sup> anniversaire de sa fondation, il a été annexé à ce volume un index mentionnant tous les travaux qui ont été insérés dans les 20 premiers tomes et qui facilitera beaucoup les recherches bibliographiques.

A. G.

**L'intubation. — Historique. — Manuel opératoire. — Accidents consécutifs. — Applications au traitement des laryngo-sténoses et spécialement au croup,** par FAUSTINO BARBERA (Valence, 1897).

L'auteur a fait une étude complète de cette question. Il expose successivement l'historique, le manuel opératoire, les accidents consécutifs et les applications de l'intubation. Chacune de ces parties fait l'objet d'un chapitre spécial où est savamment exposé et décrit tout ce qui s'y rattache.

L'intubation considérée comme cathétérisme du larynx n'est pas l'œuvre d'un seul. Il est à noter que c'est grâce aux travaux de Bouchut puis d'O'Dwyer qu'elle est devenue une opération simple.

On la pratique le plus ordinairement le malade étant assis.

Beaucoup d'accidents dus au tube peuvent être évités par une scrupuleuse vigilance.

La pneumonie consécutive est très grave.

L'intubation est indiquée quand il existe une laryngo-sténose qui peut être franchie par ce procédé.

L'auteur la trouve contre-indiquée dans les cas de corps étran-

gers, d'œdème considérable, d'obstruction du pharynx par des fausses membranes, de phlegmon rétro-pharyngien.

Elle doit être l'opération de choix dans le croup.

La trachéotomie doit être réservée pour les cas où l'intubation est inefficace ou impraticable.

H. DU F.

**La tuberculose laryngée et son traitement chirurgical, par P.**

L. PELAEZ (Communication au Collège des médecins de Grenade, 1897).

L'auteur expose d'abord la relation d'un cas de laryngite tuberculeuse.

Il s'agit d'un homme de 47 ans, qui souffrait de la gorge depuis deux ans. Il avait été traité d'abord pour une laryngite syphilitique. L'auteur fut amené à faire le diagnostic de tuberculose laryngée. Progressivement la respiration devint difficile et, pour y remédier, l'auteur proposa une opération qui ne fut malheureusement pas acceptée. Sa mort survint peu après par syncope.

L'auteur, après avoir discuté d'abord la nature des lésions dans ce cas et démontré qu'il s'agissait bien de tuberculose, fait voir l'importance du traitement chirurgical dans certains cas. Il signale les travaux de Heryng, Gouguenheim, Krause, Lennox Browne, etc., etc...

Il a étudié ensuite et critiqué le curetage, la laryngo-fissure et l'ablation du larynx.

Il termine en signalant les services que l'on peut retirer surtout du curetage du larynx.

H. DU F.

**Nouvelle méthode curative de la tuberculose laryngo-pulmonaire, par R. BORGONI (Naples, 1898).**

L'auteur s'est assuré par des expériences sur des lapins que les injections de liquides chauds dans la trachée ne produisent pas d'accidents. Il a alors traité des tuberculeux par des injections intra-trachéales d'un *liquide spécial* fabriqué avec des substances médicales connues (?) et il en aurait retiré de sérieux avantages.

H. DU F.

## ANALYSES

## I. — LARYNX ET TRACHÉE

De l'utilisation des rayons Röntgen pour l'étude de la physiologie du chant, par MAX SCHEIER (*Allgem. med. Central. Ztg.*, 1898, n° 37).

L'auteur a attiré l'attention sur l'étude de la phonation au moyen des rayons Röntgen dans une communication antérieure ; depuis il a eu l'occasion d'examiner à l'aide de l'écran le célèbre imitateur de tous les instruments musicaux, M. Atkinson. Toutes les parties des voies respiratoires et digestives supérieures se voient avec une netteté parfaite et les changements de position des organes sont facilement constatés. La langue, le voile du palais et l'épiglotte sont d'une mobilité remarquable. C'est toujours la voix de fausset que prend l'artiste et souvent le son est nasonné, car les harmoniques qui forment la « couleur » du son se produisent dans les caisses de résonnance constituées par le nez et ses sinus : il en est ainsi du son de la mandoline et de la harpe ; pour imiter le hautbois l'artiste se pince le nez en ouvrant la bouche ; le voile du palais pend flasque, tandis qu'il est dans un état de vibration continue dans l'imitation de la harpe ; la langue se ramasse, ou s'aplatit, ou s'applique aux dents suivant les besoins — la caisse de résonnance buccale est ainsi changée de cent manières et la communication avec le naso-pharynx est graduée à volonté. L'artiste, n'a en somme, à part sa langue très longue, volumineuse et muselée, rien d'anormal — Il sait simplement se servir mieux que le commun, de ce qu'il possède.

Les mouvements du diaphragme ont été également soumis à l'épreuve de Röntgen. Dans la respiration dite abdominale le diaphragme s'abaisse de 8, 10 et même 12 centimètres et son ascension est très lente et continue ; dans la respiration costale supérieure ou inférieure le diaphragme s'abaisse beaucoup moins et, surtout, il remonte par secousses successives ; d'autre part, la respiration diaphragmatique seule distend les poumons dans toutes leurs parties.

L'auteur en conclut que la respiration la plus favorable au chant est la respiration abdominale.

M. N. W.

**De la bronchoscopie directe**, par le Prof. KILLIAN (*Münch. med Woch.*, 1898, p. 844.

L'auteur a fait un pas de plus sur le chemin tracé par Kirstein et Rosenheim ; il introduit le speculum tubulaire jusque dans les grosses bronches et arrive ainsi à inspecter leur intérieur et celui de leurs principales divisions non seulement dans le poumon droit, mais encore dans le gauche. C'est que les bronches sont flexibles et mobiles et elles se déplacent si bien que l'on peut sans difficulté introduire un instrument rigide, la division bronchique sondée se mettant sur le prolongement direct de la trachée.

L'auteur a pratiqué d'abord la trachéoscopie inférieure, par une plaie de trachéotomie, plus tard la trachéo-et la bronchoscopie par les voies naturelles, ce qui n'est guère plus difficile ; l'éclairage se fait au moyen d'une lampe électrique Casper dans les meilleures conditions possible. Ces progrès de la bronchoscopie sont précieux pour la recherche des corps étrangers ; il faudra y songer aussi lorsque la trachéotomie n'a pas suffi à faire expulser le corps du délit. La cocainisation de la trachée et des bronches est indispensable avant l'introduction du speculum et l'anesthésie générale sera parfois utile, quoique l'examen ait pu se faire même sur des enfants dans la station assise.

M. N. W.

**Sur l'importance de l'examen laryngé et de l'application des rayons de Röntgen dans les anévrysmes de l'aorte**, par JON. SENDZIAK (*Archiv. f. Laryngol.*, Bd. VIII, h. 4, p. 134).

Les troubles moteurs du larynx sont fréquents dans l'anévrysme de l'aorte : Hav. Hall les a vu survenir plus ou moins accusés quatorze fois sur 16 cas d'anévrysme. Aussi cet auteur admet-il que la constatation d'une paralysie totale de la corde vocale gauche, surtout chez l'homme de 30 à 60 ans, doit avant tout faire penser à un anévrysme de la crosse.

S. a réuni 81 cas, surtout empruntés aux littératures allemande, anglaise et italienne.

Dans 54 cas, c'est-à-dire dans plus de 2/3 des faits, l'on note une paralysie de la corde vocale gauche — onze fois c'était le récurrent droit qui était touché avec paralysie totale ou limitée aux abducteurs. — Dans 8 cas, les lésions étaient bilatérales : habituellement, il s'agit alors d'une double paralysie des abducteurs, plus rarement d'une paralysie totale d'un côté (droit) et limitée aux abducteurs du côté opposé.

Pour expliquer ces lésions bilatérales, on a invoqué le volume considérable de l'anévrysme, la coexistence d'anévrysme de la crosse et de l'artère sous-clavière; enfin certains auteurs admettent qu'une lésion unilatérale peut provoquer des troubles bilatéraux (paralysies dites réflexes).

La paralysie du récurrent peut être le premier et le seul symptôme d'un anévrysme de l'aorte dont l'évolution reste latente. La paralysie du larynx, si elle est unilatérale et limitée aux abducteurs peut ne provoquer aucun trouble fonctionnel.

A côté des paralysies on a signalé, mais plus rarement, le spasme du larynx (Isambert, Bresgen, etc.). Lœri a noté l'œdème passif du larynx par compression. Le miroir peut parfois montrer une compression et une déviation de la trachée, et à ce niveau on aperçoit parfois des pulsations. Dans certains cas autopsiques, on a trouvé la paroi trachéale irradiée et l'anévrysme saillant dans la lumière du conduit (Stetter, Schrötter, etc.).

Pour en finir avec les symptômes laryngés objectifs dans les anévrysmes de l'aorte, il faut encore rappeler le signe d'Olivier. Au point de vue pronostique l'amélioration des troubles laryngés peut faire penser à une diminution du volume de l'anévrysme (Chiari).

L'examen radioscopique donne dans les anévrysmes de la crosse des renseignements de première importance sur le siège, le volume et l'évolution de la tumeur anévrysmale.

PAUL TISSIER

**Un cas de malformation congénitale du larynx (les cordes vocales réunies par une membrane) coïncidant avec un coloboma de la paupière supérieure gauche, par le Prof. FELIX SEMON (*Brit. med. Journ.*, 1898, p. 1373).**

Cette malformation a été observée chez une jeune fille de 16 ans, qui avait présenté de la raucité de la faiblesse de la voix et de la dyspnée dès sa naissance; la dyspnée disparut à peu près vers l'âge de 6 à 7 ans, pour revenir à nouveau vers l'âge de 16 ans. A la naissance on constata aussi l'existence d'un coloboma qui fut opéré avec succès lorsque l'enfant eut trois ans, mais on ne s'occupa pas des accidents laryngés et l'examen local ne fut pas pratiqué. Or, il fut on ne peut plus facile de constater que les cordes vocales étaient réunies dans leurs trois quarts antérieurs par une membrane lisse, un peu translucide, sans ligne de démarcation avec les cordes vocales. En arrière, ce diaphragme se terminait par un bord uni qui limitait avec l'espace interaryténoï-



dien une ouverture ovale. Dans la phonation, les cordes vocales arrivaient presque au contact tandis que la membrane se repliait dans l'espace sous-glottique, elle faisait ainsi l'effet d'une lame de tissu assez mince et souple, mais il n'en était rien en réalité. Il fut impossible d'entamer le diaphragme à l'aide d'un instrument tranchant et S. eut recours à la galvanopuncture, à l'aide de laquelle il détruisit en un certain nombre de séances toute la membrane; son épaisseur dépassait un centimètre dans la partie antérieure. La réaction fut insignifiante et le résultat définitif parfait au point de vue fonctionnel.

M. N. W.

**Corps étranger des bronches**, par W. JOHNSON (*Med. Record*, 16 juillet 1898).

W. J. a enlevé avec succès par la trachéotomie un corps étranger de la bronche chez une fillette de trois ans. Le corps étranger fut heureusement ramené par un effort de toux jusqu'à la plaie trachéale. En cas d'enclavement, J. pense que le mieux est d'attendre et de suturer à la peau les lèvres de la trachée de façon à laisser une large ouverture toute prête pour la sortie.

Kipp de Newark pense que cette suture exposerait à un emphysème dangereux.

Johnson rapporte un fait de suture de la trachée où les points de suture y sont nullement devenus le point de départ d'emphysème.

Cantwell dans cinquante trachéotomies faites, il est vrai, pour croup, n'a jamais suturé la trachée et la peau. Il n'a jamais observé d'emphysème. Il insiste sur la réduction et le peu d'étendue de la cicatrice après le simple emploi de la canule.

A. F. PLICQUE.

**Qu'est-ce que le cornage typique inspiratoire des nourrissons?**  
par G. AVELLIS (*Münch. med. Woch.*, 1898, p. 962 et 1003).

Un enfant de 14 jours, bien constitué et sans tare héréditaire, se met à inspirer bruyamment à l'état de veille et de sommeil et ce cornage va croissant sans s'accompagner de symptômes généraux. Par moment, la gêne respiratoire est telle que l'enfant se cyanose, ce qui n'empêche pas le nourrisson de grandir normalement. L'examen laryngoscopique reste absolument négatif, ainsi que l'examen général. L'enfant avait déjà trois mois que l'état n'était changé en rien; d'autres enfants vont ainsi à 1 an, 18 mois, 2,

même 5 ans avant que les accidents ne rétrocedent tout seuls. Parfois à l'auscultation le bruit inspiratoire s'entend davantage d'un côté que de l'autre. Ces cas ont été considérés comme des cas de spasme chronique de la glotte par Semon et d'autres — c'est théoriquement difficile à concevoir. Les faits viennent maintenant détruire cette théorie et démontrer qu'il s'agit de l'ancien asthme thymique, tout bonnement de la compression de la trachée par le thymus hypertrophié. L'extrait de thymus et de rate a paru donner des résultats satisfaisants en diminuant la compression et en permettant d'attendre la guérison spontanée. L'intervention opératoire a été tentée avec succès par Rehn, qui ouvrit dans un cas grave, le médiastin et fixa le thymus au devant du sternum — tous les accidents disparurent. L'auteur cite un certain nombre d'observations instructives.

M. N. W.

**Du cornage laryngé congénital,** par C. STAMM (*Münch. med. Woch.*, 1898, p. 1212).

Une fillette de 5 semaines est apportée à la clinique à cause d'une gêne respiratoire qui a été constatée dès la naissance, mais qui va croissant. Chaque inspiration est accompagnée d'un bruit particulier qui rappelle le gloussement de la poule, l'expiration étant silencieuse. Le cri est clair et fort et le cornage diminue pendant les cris ; il s'exagère pendant le sommeil. Le tirage est plus prononcé que dans le croup, mais il n'y a pas de cyanose et en somme, la santé générale reste bonne ; il n'y a aucune trace de rachitisme, pas de troubles circulatoires, ni de tumeurs, ni d'obstacles visibles à la respiration. L'enfant a eu des convulsions plusieurs fois. Le traitement consiste dans l'administration d'huile de morue phosphorée et le cornage diminue au bout d'une quinzaine pour disparaître au bout de six semaines.

L'auteur suppose dans les cas de ce genre un trouble fonctionnel d'origine cérébrale et ne partage pas du tout l'avis d'Avellis pour qui il s'agit de compression par le thymus ; à l'appui de son opinion, l'auteur cite ce fait qu'il a vu un cas de cornage chez un nouveau-né tombé sur la tête et qui présentait d'autres symptômes cérébraux ; d'un autre côté, il n'y a pas de symptômes de la tumeur thymique, tels que stase vasculaire, matité, etc. L'idée d'une contracture chronique pour ainsi dire ne lui paraît pas inadmissible, mais il n'apporte en fait aucune preuve anatomique ou clinique.

M. N. W.

**De l'étiologie du faux-croup**, par ZIMMERMANN (*Munch. med. Woch.*, 1898, p. 922).

La laryngite striduleuse est sous la dépendance des végétations adénoïdes du naso-pharynx ; des sécrétions viennent pendant le sommeil couler dans le larynx et provoquent une contracture des cordes vocales supérieures d'où la voix claire et la toux aboyante jusqu'à ce que l'asphyxie ait résolu le spasme. Voilà la théorie à laquelle arrive l'auteur à la suite d'une série de seize observations ; 11 cas ont été vus au plus tard dès le lendemain d'un accès — ils étaient tous plus ou moins adénoïdiens ; six enfants opérés furent ainsi guéris du faux-croup. Quant à la laryngite sub-glottique de Raufuss et Dehio, l'auteur ne l'a jamais rencontrée et pense que, dans les cas où elle existe, elle est non la cause, mais la conséquence de l'accès grave.

M. N. W.

**Contribution au traitement du spasme de la glotte**, par K. HUGEL (*Munch. med. Woch.*, 1898, p. 1406).

Dans un certain nombre de cas, le spasme de la glotte est dû à la longueur anormale de la luette, qu'il suffit de raccourcir pour voir les accès se supprimer ; il est extrêmement important d'avoir ce fait présent à l'esprit, car le spasme de la glotte est souvent mortel. L'auteur cite six observations, dont une terminée par la mort ; les cinq enfants opérés ont été guéris définitivement.

M. N. W.

**Traitement de la laryngite striduleuse**, par J. BILLINGS (*Med. Record.*, 3 sept. 1898).

Sur six enfants observés par B. trois avaient de l'hypertrophie des amygdales et des végétations adénoïdes ; les trois autres avaient des végétations adénoïdes simples. Le traitement opératoire amena la guérison complète. Ces enfants cessèrent d'avoir les attaques dont ils souffraient chaque hiver.

B. insiste sur l'importance d'une très grande tranquillité autour de l'enfant au moment de l'attaque. Cette simple précaution, l'absence de toute marque d'émotion de l'entourage suffit à atténuer beaucoup le spasme.

A. F. PLICQUE.

**Sur la laryngite rhumatismale circonscrite (nodulaire),** par UCHERMANN (*Centralblatt. für innere Medicin* n° 39, 1898).

Les formes générales aiguës de rhumatisme peuvent s'accompagner de manifestations rhumatismales du côté du larynx. La variété la plus fréquente que l'on observe surtout dans le rhumatisme articulaire aigu est l'arthrite de l'articulation crico-aryténoïdienne.

Il y a de véritables laryngites rhumatismales qui surviennent chez les sujets de constitution rhumastimale ou mieux ayant eu déjà des manifestations antérieures sur les jointures, sur les muscles, ou ayant simplement les attributs de l'arthritisme. La maladie se manifeste sous le type de *laryngite simple* avec troubles subjectifs marqués, injection et faible tuméfaction de la muqueuse, sans aucun catarrhe (laryngite rhumatismale simple : Ingals, Thomas, etc.); ou sous celui de *laryngite œdémateuse* ne se caractérisant guère que par les commémoratifs et l'action rapide du traitement anti-rhumatismal; ou enfin sous celui de laryngite rhumatismale *nodulaire*.

PAUL TISSIER.

**Les lésions de l'épiglotte dans la fièvre typhoïde,** par G. KÖBLER (*Jahrbuch des Bosn.-Herzeg. Landesspitals in Sarajewo*, 1898).

Les opinions des divers auteurs ne concordent point quand il s'agit de la fréquence et de la nature des lésions typhiques du larynx; c'est que les descriptions sont faites soit par des chirurgiens appelés dans les cas graves seulement, soit par des laryngologistes qui sont dans le même cas, soit par des médecins qui ne manient pas couramment le laryngoscope.

Les résultats sont tout différents lorsqu'ils sont donnés par Schrötter, chef d'un service de médecine et laryngologiste. Suivant l'exemple de ce maître, K. examine systématiquement tous les typhiques de son service de médecine et il a pu ainsi, au cours d'une grande épidémie, confirmer entièrement les observations de Schrötter. L'épiglotte est atteinte dans un dixième de tous les cas au moins et sa lésion est tellement typique qu'elle devient un élément de diagnostic précieux. C'est au début une infiltration du bord libre, puis des ulcérations faites comme à l'emporte-pièce, sur ce même bord, enfin des cicatrices blanches plus ou moins longues. Les troubles fonctionnels sont pour ainsi dire nuls, c'est pourquoi les lésions de l'épiglotte sont si peu décrites; au cours de l'épidémie étudiée, ces lésions étaient les seules observées, le reste du larynx n'était jamais pris.

Chez un malade, en présence de symptômes de malaria, on fit l'examen du sang qui confirma ce diagnostic ; mais d'un autre côté, l'examen du larynx offrit les lésions typiques de l'épiglotte et le malade fut gardé en observation après la défervescence malarique, on voit, en effet se développer les symptômes de la fièvre typhoïde qu'il cumulait avec la fièvre intermittente. Ce sont, en général, les formes moyennes de la maladie qui atteignent l'épiglotte ; les cas très légers ne présentent pas cette complication et beaucoup de cas graves également ; dans ces derniers d'ailleurs, l'examen du malade est trop pénible pour lui et n'est pas pratiqué à moins de nécessité absolue. En présence des cicatrices de l'épiglotte, disposées sur le bord libre, il faudra rechercher la typhoïde et ne pas affirmer la syphilis si facilement.

M. N. W.

**La laryngite exsudative**, par le Prof. SCHUCH (*Münch. med. Woch.*, 1898, p. 811).

L'auteur envisage la série des laryngites à éléments éruptifs : la miliaire, l'herpès, la varicelle, les aphtes, le pemphigus, le lichen ruber planus, l'impetigo herpétiforme et l'érythème noueux.

M. N. W.

**Trachéites et laryngites membraneuses avec absence du bacille diphtérique**, par L. A. GRIMES (*Lancet*, 13 août 1898).

Un enfant de 4 ans et neuf mois, convalescent de la rougeole, fut reçu le 18 mai 1893 pour un cornage prononcé et de violentes aspirations du creux épisternal et du thorax inférieur durant l'inspiration. A l'examen, on ne trouve rien d'anormal à part une légère injection des amygdales. Les accidents s'aggravèrent si rapidement qu'il fallut trachéotomiser le malade au cours de la demi-heure qui suivit son entrée. Sitôt après l'introduction de la canule, l'enfant cracha un important fragment de membrane d'une couleur jaune grisâtre et gluante. On adopta le procédé d'Ewart consistant à injecter dans la trachée de l'huile créosotée à 4/20. Cinq minimes toutes les deux heures ramollirent la membrane, de sorte que l'enfant la rejeta plus aisément ; ordinairement on observait une quinte de toux sitôt que l'huile atteignait la trachée. Au bout de vingt-quatre heures, la dose fut transformée en dix minimes toutes les quatre heures. En deux jours, la membrane devint très molle et prit un aspect muco-purulent. Le Dr Slater pratiqua l'examen bactériologique le premier jour et à trois autres

reprises différentes, mais si l'on trouva de nombreux bacilles, celui de la diphthérie manquait constamment. Les membranes diminuèrent de jour en jour et on retira la canule le douzième jour. La guérison fut complète en l'espace d'un mois.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**De l'état du larynx dans la tuberculose pulmonaire, par BEZOLD**  
(*Munch. med. Woch.*, 1898, p. 815).

Le larynx est atteint bien plus souvent qu'on ne le dit d'habitude, mais ce fait n'apparaît que si l'on recherche quel est l'état du larynx chez les tuberculeux pulmonaires, sans attendre qu'ils se plaignent. En procédant ainsi on arrive à guérir la tuberculose laryngée dans de notables proportions. B. insiste sur les avantages du traitement dans un sanatorium spécial, où l'on peut arriver à imposer au malade le silence absolu pendant le temps nécessaire; le repos du larynx est un facteur important du traitement, la toux si fatigante et si nuisible diminue et disparaît par le repos fonctionnel de l'organe; il n'en est malheureusement pas de même de la trachée; ses ulcérations donnent lieu à des accès de toux désespérante. Le traitement médicamenteux est variable suivant les cas, les moyens chirurgicaux sont employés souvent et les mesures hygiéniques et diététiques aidant, on arrive à se convaincre de la curabilité de la tuberculose laryngée chez les tuberculeux pulmonaires curables.

M. N. W.

**Traitement de la phthisie laryngée dans les sanatoria, par STURBERT**  
(*N. Y. med. journal*, 30 juillet 1898).

Au sanatorium de Colorado, 25 % des malades avec ulcération ont été améliorés, 10 % ont été guéris. La durée moyenne du traitement pour les cas guéris a été de trois ans et deux mois. En comptant tous les cas ulcérés ou non, 49 % ont été très améliorés. Dans les sanatoria de basse altitude, les résultats ont été moins satisfaisants. A Loomis, S. compte sur 3 cas d'infiltration simple une guérison et une amélioration, sur onze cas d'ulcérations cinq guérisons et trois améliorations. Comme traitements accessoires de l'hygiène et de l'air, il a eu de bons effets de l'anti-tuberculeux. L'ichtyol s'est montré plus régulièrement efficace que la créosote. Les inhalations d'air chaud donnent dans quelques cas de très bons résultats. Mais ces moyens ne sont qu'accessoires et S. insiste

sur la très grande différence d'effets qu'il a vus entre les malades de la pratique ordinaire et ceux qui sont traités dans les sanatoria.

A. F. PLICQUE.

**Sur le diagnostic et le traitement du cancer du larynx**, par O. CHIARI (*Archiv. f. Laryngologie*, Bd. VIII, 4, p. 67).

Les principaux éléments de diagnostic sont fournis par le miroir, mais le miroir seul est insuffisant et cela notamment dans les formes avec tumeur où l'examen *microscopique* d'un fragment enlevé doit intervenir ; s'il est positif, le doute est levé ; s'il est négatif, on ne doit pas en conclure qu'il ne s'agit pas de cancer. La valeur de cet examen histologique a été niée : on évitera les erreurs en recueillant le fragment à examiner toujours au centre de la tumeur extirpée. On connaît des erreurs nombreuses : cas de Semon, de Jurasz, de Gussenbauer, etc. Dans ce dernier cas, l'on avait diagnostiqué carcinome, et, le larynx enlevé, on se trouva en face de lésion tuberculeuse.

Cependant, dans les cas douteux, l'examen histologique a une grande valeur, et C. en donne cinq exemples.

Le *papillome* bénin est souvent pédiculé, et alors même que le pédicule fait défaut. Une tumeur reste superficielle, il n'y a ni tuméfaction, ni infiltration au niveau de la base d'implantation. La corde atteinte garde sa mobilité. La récurrence s'observe et dans le papillome et dans le cancer, mais pour le premier la récurrence se fait souvent à une autre place et lentement. Le papillome bénin est plus dur, moins vasculaire. Il ne faut pas oublier que le papillome même bénin peut être suivi, à plus ou moins longue distance, de production épithéliomateuse et non plus qu'au voisinage du cancer il peut se développer des tumeurs papillomateuses bénignes.

La *pachydermie* d'une façon générale se reconnaît à son siège spécial, à sa bilatéralité, à son développement lent ; par contre, la mobilité des cordes peut être atteinte de bonne heure. C'est dans ces cas que le diagnostic histologique est le plus délicat. La difficulté s'accroît encore quand la pachydermie ne siège pas à son point habituel, comme en témoigne un cas relaté par C.

La *syphilis* gommeuse ou infiltro-ulcéreuse n'est pas toujours facile à distinguer du cancer. Les ulcérations de la syphilis sont à bords plats, réguliers et non déchiquetés, renversés. Le traitement est souvent la seule pierre de touche. Mais il ne faut pas oublier qu'au début le traitement ioduré peut assurer une diminution lé-

gère et temporaire de tumeur gommeuse dans quelques cas (observation VIII) ; la régression peut même être notable et assez durable (plus d'un mois).

La *tuberculose* est en général facile à distinguer du cancer ; cependant, dans un cas de C., l'aspect microscopique répondait absolument à celui de la tuberculose, avec prolifération papillaire, alors qu'il s'agissait d'un cancer.

Le traitement est important, car on peut obtenir une proportion élevée de guérisons. Toutes les fois qu'il y a cancer, il faut l'enlever en totalité. La *voie endo-laryngée*, si utile pour le diagnostic, et pour amener un soulagement dans les cas inopérables, ne convient qu'aux formes lentes et n'est indiquée qu'exceptionnellement, car rarement elle permet une opération complète. Cependant il y a des cas heureux.

La *laryngofissure*, depuis les perfectionnements techniques de ces dernières années, a donné des résultats plus satisfaisants que par le passé. (Sendziak, Schmiegelow, Semon). Sur 66 cas de cancer du larynx observés depuis 1887, par C., cinq fois on eut recours à la laryngofissure avec excision de parties molles. Dans un cas il y eut guérison pendant six ans, dans trois autres la récidive se fit attendre trois, deux et un an ; un cas se termina par la mort (3<sup>e</sup> jour). Les avantages de la méthode sont son peu de danger, ses résultats favorables, la conservation de la voix et la facilité de la déglutition. C'est la meilleure méthode au point de vue de la conservation des fonctions. La trachéotomie doit être faite immédiatement avant l'ouverture du larynx ; la canule de Trendelenbourg est à préférer à cause de sa désinfection facile. Le larynx ouvert, il est bon de s'aider de badigeonnages à la cocaïne, suivant le procédé appliqué par Billroth en 1889 et bien à tort réclamé par Semon. L'opération terminée, on pratique une hémostase attentive, on enlève la canule qu'on remplace par une canule ordinaire et on tamponne le larynx avec de la gaze iodoformée renfermée dans un sac unique en gaze.

La *pharyngotomie sous-hyôïdienne* ne convient qu'au cas où la tumeur siège sur l'épiglotte, les replis ary-épiglottiques ou s'étend à la base de la langue. Elle a donné jusqu'ici de très mauvais résultats. Sur 8 cas de Sendziak il y eut cinq morts opératoires, un mort dans 1 cas de Semon. C. l'a appliquée une fois avec succès. La *pharyngotomie latérale* convient aux cas où la région aryténoïdienne ou ary-épiglottique est intéressée. C. l'a fait pratiquer une seule fois. Le malade succomba.

La *laryngotomie transversale*, section horizontale du cartilage



thyroïde, un peu au-dessus de l'insertion des cordes (Gersuny), a été peu employée.

La *résection partielle est atypique* (Heine, 1874) ou *unilatérale* (Billroth, 1878). C. l'a pratiquée ou fait pratiquer douze fois. La plus longue guérison persistait encore au bout de deux ans. Il y eut 4 cas de mort au bout de cinq, six, dix et trente jours.

Un malade succomba de pneumonie au bout d'un an sans récidive ; un cas fut perdu de vue au bout de deux mois ; cinq fois il y eut récidive rapide (les deux premiers mois).

L'*extirpation totale* (Billroth, 1873) est pratiquée moins souvent qu'autrefois, les résultats des extirpations partielles étant meilleurs aux points de vue opératoire et fonctionnel. La modification de Gluch semble très heureuse : suture préalable de la trachée dans la plaie cutanée.

PAUL TISSIER.

**Epithélioma du larynx**, par L. SHURLY (*New-York med. journal*, 1898, vol. II, p. 74).

Le début de cet épithélioma survenu, chez une femme de 45 ans, parut consécutif à la grippe. Marche très rapide avec dyspnée formidable et tachycardie.

L'opération, laryngectomie et pharyngectomie partielle, dura plus de deux heures. Mort par épuisement le onzième jour.

A. F. PLICQUE.

**Un cas de sarcome du larynx**, par HANSZEL (*Wien. Klin. Woch.*, 1898, p. 538).

Ce cas a été observé dans la clinique du Prof. Chiari ; c'est le premier cas depuis bien des années quoiqu'il passe en moyenne 4 000 malades par an par cette clinique. Le malade est un homme de 55 ans, atteint depuis quinze ans d'une toux aboyante qui revient par intervalles de plus en plus rapprochés ; depuis peu il s'y est ajouté de l'enrouement et de l'oppression. L'examen laryngé fait voir une tumeur dure qui implique les deux tiers antérieurs des cordes vocales et qui se continue au-dessous ; l'extirpation de fragments causa une réaction telle que la trachéotomie dut être faite d'urgence. L'examen de ces fragments fit croire à une tumeur de nature bénigne. Elle fut extirpée avec le cartilage thyroïde par la laryngotomie et la guérison se fit de la manière la plus simple. Deux mois plus tard l'opéré, qui avait pu travailler sans difficulté et se portant fort bien, fut pris subitement d'une grande

gène respiratoire et succomba en deux jours avant qu'on ait pu pratiquer la trachéotomie. La tumeur enlevée était d'une dureté ligneuse et histologiquement un sarcome à grandes cellules fusiformes avec cellules géantes.

M. N. W.

**Deux cas de néoplasie maligne des cordes vocales, thyrochondrotomie, absence de récurrence depuis deux ans, par HERBERT TILLEY (*Brid. med. journ.*, 1898, p. 1218).**

Obs. I. — Homme de 65 ans, enrôlé depuis quatorze mois, mais n'éprouvant absolument pas la moindre douleur, ni gêne d'aucune sorte, ni aucun symptôme du côté de l'état général. La corde vocale droite se présentait immobile, épaissie, ulcérée, le reste du larynx étant normal, ainsi que les ganglions. Le diagnostic fut épithélioma et l'opération fut pratiquée sans plus tarder : trachéotomie inférieure, canule de Hahn au bout de laquelle on laisse l'éponge se gonfler pendant dix minutes, section du larynx ossifié, et des trois premiers anneaux à l'aide d'une fine scie nasale, éponge comprimée à l'entrée du pharynx. Le champ opératoire ainsi préparé, on badigeonne la surface du larynx avec de la cocaïne afin de l'anémier et on excise la corde vocale avec l'aryténoïde à l'aide d'un scalpel et de ciseaux. L'opération est terminée par la suture non pénétrante du larynx et de la trachée après badigeonnage de la plaie avec le vernis de Whitehead (benjoin 4, styrax 3, baume de tolu 1, éther 40, iodoforme 4). La plaie trachéale inférieure est suturée également, sauf l'angle inférieur dans lequel on laisse un petit tube durant quatre heures afin de favoriser l'expectoration. Le lendemain l'opéré put boire sans difficulté ; dix-sept jours après il était guéri et, deux ans plus tard, il n'y avait pas de récurrence.

Obs. II. — Homme de 49 ans, simplement enrôlé depuis quelques mois. Même diagnostic et même intervention que dans le premier cas. Dans ce cas la voix redevint parfaite, au bout de six mois, grâce à la formation d'une sorte de pseudo-corde cicatricielle.

M. N. W.

**Nouvel appareil à intubation laryngée, par BAYLE (Société des sciences médicales de Lyon, séance du 11 janvier 1899).**

L'auteur présente un nouvel appareil à intubation dont le mécanisme diffère essentiellement de ceux construits jusqu'à présent et qui se recommande par un certain nombre d'avantages.

La même pince dilatatrice sert, comme dans l'appareil du Dr Ferroud, à tubér et à détuber ; mais le principe est différent parce que c'est une pince à glissement et à écartement parallèle, tandis que les appareils de ce genre sont à articulation simple ou double et à écartement angulaire.

Il y a plusieurs avantages à cela : l'appareil de Bayle exerce une pression sur toute la longueur du tube, ce qui donne un point d'appui très solide pour le détubage : il se démonte très facilement, ce qui est précieux pour l'asepsie. De plus l'auteur a imaginé un mandrin mobile extrêmement simple et très solide, qui peut s'adapter entre les mors de la pince et qui permet de porter le tube plein comme avec l'appareil d'O'Dwyer.

Nous croyons que cet appareil est destiné à rendre de nombreux services puisqu'aux avantages de l'appareil d'O'Dwyer, il réunit la simplicité de celui de Ferroud avec une facilité plus grande de démontage et une résistance supérieure.

R. ETIÉVANT.

**Une indication rare pour l'opération intralaryngée**, par HERMANN V. SCHRÖTTER (*Wien. Klin. Woch.*, 1898, p. 900).

Un homme de 26 ans, affecté d'une voix de fausset depuis l'âge de 6 ans, voit sa respiration devenir petit à petit de plus en plus difficile. L'examen laryngoscopique révèle la présence d'une tumeur au niveau de la région aryténoïdienne droite, tumeur qui ne laisse à découvert que l'extrémité antérieure des cordes vocales. Il existait de plus une paralysie complète du côté gauche du larynx. Les antécédents du patient firent porter le diagnostic de paralysie récurrentielle causée par de l'adénopathie tuberculeuse dans l'enfance ; la tumeur fut considérée comme formée par la subluxation en dedans des cartilages. L'ablation de la tumeur confirma ce diagnostic : l'aryténoïde était en place, le cartilage de Santorini déplacé, entouré d'une muqueuse hypertrophiée ; la tumeur enlevée avait 1 centimètre de diamètre. La corde vocale gauche se tenait en position cadavérique. La respiration était devenue tout à fait libre.

M. N. W.

**Symptômes précoces de la compression du nerf vague et des récurrents laryngés**, par D. NEWMAN (*Glasgow. med. journ.*, 1898, août, p. 83).

C'est d'abord la dyspnée paroxystique avec cornage ; ce dernier est en général inspiratoire, rarement étendu aux deux temps de

la respiration. Pendant l'accès l'examen est difficile, après l'accès il est souvent négatif; ce résultat négatif fera toujours rechercher la tumeur du médiastin lorsqu'il n'y a pas de lésion du système nerveux central. Plus souvent pourtant les muscles laryngés sont déjà atteints par la paralysie lorsque le malade se plaint et l'on trouve une paralysie des abducteurs d'un côté, ou des deux.

Un autre symptôme précoce est donné par la toux rauque et imparfaite, paralytique, une partie de l'air s'échappant à travers la glotte mal close et surtout à travers la fente laissée par le défaut d'adduction des cordes vocales supérieures.

Il n'est pas rare de faire le diagnostic d'anévrysme chez un patient qui ne se plaint absolument de rien autre que de cette toux spéciale; on peut la voir disparaître pour quelques mois, probablement par suite d'une compensation temporaire des muscles paralysés par l'action de ceux du côté opposé. Parfois c'est bien la « toux bovine » de Wyllis; parfois une toux en deux temps très particulière.

Enfin la voix, en général intacte au début, peut être altérée, couverte, surtout facilement fatiguée, manquant de souffle lorsqu'il y a compression des récurrents. Parfois aussi l'aphonie est le premier des symptômes observés, précédant de beaucoup tous les autres; les troubles vocaux ont cependant moins de valeur que la dyspnée paroxystique et la toux paralytique.

M. N. W.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

### FRANCE

#### Pharynx et Varia

**Ferré.** La diphthérie, à Bordeaux, en 1896 (*Gaz. hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 13, 1896).

**Guiraud.** La diphthérie dans le Sud-Ouest; étude statistique et épidémiologique (*Arch. méd. de Toulouse*, nos 6 et 7, 1896).

**Sabrazès.** Les polypes de la face interne des joues (*Arch. de stomatologie de Bordeaux*, nos 1, 2 et 3, 1896).

**Royet.** Les végétations du *leptothrix buccalis* sur la langue et le pharynx au point de vue clinique (*Province méd.*, 6 juin 1896).

**A. Courtade.** Troubles de la déglutition d'origine mycosique (*Journ. de méd. de Paris*, 14 juin 1896).

**Darier.** Sur un ulcère perforant du voile du palais (*Soc. franç. de dermat. et Syphil.*, Paris, 9 juin 1896).

**A. Flourens.** Etude sur la médication thyroïdienne (Broch. de 32 p., accompagnée de 12 figures en phototypie, impr. G. Gounouilhou, Bordeaux, 1896).

**Hugenschmidt.** Des procédés de défense de la cavité buccale contre l'invasion des bactéries pathogènes (*Thèse de Paris*, juin 1896).

**Poix.** Recherches critiques et expérimentales sur le sérum antidiphthérique (*Thèse de Paris*, juin 1896).

**Thoyer-Rozat.** Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques des enfants. Leur fréquence. Leur terminaison par la mort subite. Leur traitement (*Thèse de Paris*, juin 1896).

**G. Lajoux.** Diphthérie pharyngée et laryngée. Intubation répétée. Abcès sous-thyroïdien (*Union méd. du Nord-Est*, 15 juin 1896).

**Tailhefer.** Une observation de goitre (*Arch. méd. de Toulouse*, juin 1896).

**Jaboulay.** La régression des noyaux secondaires du cancer thyroïdien après la mise à l'air de la glande thyroïde dégénérée (*Lyon méd.*, 21 juin 1896).

**H. Marais.** Angine pseudo-diphthérique (à staphylocoques ?) Albuminurie. Guérison sans intervention médicamenteuse (*Année méd. de Caen*, 15 juin 1896).

**Souvestre.** Contribution à l'étude des rapports de la diphthérie animale avec la diphthérie humaine (*Thèse de Paris*, juillet 1896).

**Lamandé.** Traitement de la diphthérie à l'Hôtel-Dieu de Rennes (*Thèse de Paris*, juillet 1896).

**H. Desplats.** Tuberculose pulmonaire localisée. Généralisation au pharynx et à tout le tube digestif, pendant le cours d'une fièvre typhoïde (*Journ. des sc. méd. de Lille*, juin 1896).

**A. Sevestre.** Statistique de la diphthérie à l'hôpital des Enfants Malades, en 1895 (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 25 juin 1896).

**Le Goff.** Etude sur le traitement de la coqueluche par l'antipyrine (*Thèse de Paris*, juillet 1896).

**Nicolle.** Préparation de la toxine diphthérique (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, 25 juin 1896).

**G. Variot.** Infidélité de l'examen bactériologique dans le diagnostic de la diphthérie (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 2 juillet 1896).

**Ghika.** Diphthérie toxique. Mort, forme hémorragique (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 2 juillet 1896).

**Bourneville.** Nouveau cas d'idiotie avec cachexie pachydermique (myxœdème infantile) après le traitement (*Comptes rendus hebdomadaires des séances de la soc. de biol.*, 3 juillet 1896).

**L. E. Dupuy.** La diphthérie à Saint-Denis, d'octobre 1895 à février 1896 (*Progrès méd.*, 4 juillet 1896).

**A. Poncet.** Sarcome actinomycosique du maxillaire inférieur. Actinomycome néoplasique (*Lyon méd.*, 5 juillet 1896).

**Gangolphe.** Fibro-chondrome du maxillaire supérieur (*Soc. des sc. méd.*, in *Lyon méd.*, 5 juillet 1896).

**Sabatier.** Contribution à l'étude de la valeur sémiologique du bacille de Loeffler dans le diagnostic et le traitement de l'angine diphthérique (*Thèse de Paris*, juillet 1896).

**G. Brouardel.** Glossite syphilitique développée malgré le traitement par les injections de calomel (Soc. franç. de derm. et syphil., séance du 9 juillet, Paris, 1896).

**E. Quénu.** Gastrostomie pour œsophagite (Soc. de chir. de Paris, séance du 8 juillet 1896).

**Lefour et Fieux.** Imperforation de l'œsophage. Large communication trachéo-œsophagienne (*Bull. méd.*, 12 juillet 1896).

**Ortiz.** Contribution à l'étude des fractures du corps thyroïde (*Thèse de Paris*, juillet 1896).

**Gamblin.** Du traitement ioduré dans les affections des voies respiratoires (*Thèse de Paris*, juillet 1896).

**Dubost.** Etudes sur les complications septicémiques et pyohémiques des angines aiguës non diphthériques (*Thèse de Paris*, juillet 1896).

**Thomas de la Plesse.** Etudes sur quelques cas d'adénopathie trachéo-bronchique hérédéo-syphilitique (*Thèse de Paris*, juillet 1896).

**Chassy.** De l'angine variolique, sa valeur diagnostique et pronostique, conclusions basées sur 849 observations personnelles (*Thèse de Paris*, juillet 1896).

**Michaïlovitch.** Traitement de la coqueluche par le bromoforme (*Thèse de Paris*, juillet 1896).

**Beco.** Contribution à l'étude de la stomatite diphthéroïde infantile (*Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol.*, juillet 1896).

**A. Robin et Leredde.** Des varices lymphatiques de la langue (*Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol.*, juillet 1896).

**Dérégnancourt.** Lipomes de la langue (*Thèse de Paris*, juillet 1896).

**Aymé.** Contribution à l'étude de l'hypertrophie de l'amygdale (*Thèse de Paris*, juillet 1896).

**J. Guérin.** De la température dans la coqueluche (*Thèse de Paris*, juillet 1896).

**Rousseau.** Traction rythmée de la langue et insufflation dans l'asphyxie des nouveau-nés (*Thèse de Paris*, juillet 1896).

**Boullanger.** De l'action de la glande thyroïde sur la croissance (*Thèse de Paris*, juillet 1896).

**Rabiner.** Contribution à l'étude clinique du mutisme et du bégaiement chez les hystériques (*Thèse de Paris*, juillet 1896).

**Pellier.** Sur la sérumthérapie antidiphthérique à propos de trois observations (*France méd.*, 17 juillet 1896).

**A. Florand.** Angines à streptocoques avec érythèmes scarlatini-formes (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 16 juillet 1896).

**Enriquez et Hallion.** Injections intra vasculaires d'eau salée dans l'intoxication diphthéritique expérimentale (*Comptes rendus hebdomadaires des séances de la soc. de biol.*, 17 juillet 1896).

**A. Dubois.** Les angines scarlatineuses et leur traitement par le sérum de Marmoreck (*Thèse de Lille*, 1896).

**Jaboulay.** L'ablation de la poignée du sternum dans certains goîtres plongeants (*Lyon méd.*, 19 juillet 1896).

**Dufaud.** Les angines couenneuses non diphthériques, considérations sur la pathogénie, le diagnostic et le traitement (Broch. de 107 pages, A. Maloine, éditeur, Paris, 1896).

**Delvincourt.** Angine pseudo-membraneuse à staphylocoques. Inefficacité du sérum Roux. Accidents post-sérothérapiques (*Union méd. du Nord-Est*, 15 juillet 1896).

**Duguet.** Un cas d'actinomycose bucco-faciale guérie (Acad. de méd., séance du 21 juillet, Paris, 1896).

**G. H. Lemoine.** Bactériologie des angines (*Gaz. des hôp.*, 25 juillet 1896).

**L. Galliard.** Fistule œsophago-pulmonaire compliquant un épithélioma de l'œsophage (*Bull. et mém. de la soc. méd., de Paris*, 23 juillet 1896).

**Fraigniaud.** A propos d'un cas de diphthérie (*France méd.*, 24 juillet 1896).

**J. E. Abelous et Billard.** Sur les fonctions du thymus. Effets de l'ablation du thymus chez la grenouille (Comptes rendus hebdomadaires des séances de la soc. de biol., 24 juillet 1896).

**G. Gayet.** Un procédé nouveau de traitement chirurgical du goitre exophtalmique : la section du sympathique cervical (*Lyon méd.*, 26 juillet 1896).

**Macaigne et Vanverts.** Phlegmon sublingual. Angine de Ludwig à pneumocoques (*Presse méd.*, 29 juillet 1896).

**P. Reclus.** Phlegmon ligneux du cou (*Rev. de chir.*, 10 juillet 1896).

**Lavoine.** Calcul du canal de Wharton (*Gaz. méd. de Picardie*, juillet 1896).

**P. Haushalter.** Résultats généraux de la sérothérapie antidiphthérique (Congrès français de méd., Nancy, août 1896).

**M. Faure.** Etude sur le rôle du corps thyroïde en thérapeutique (*Gaz. des hôp.*, 8 août 1896).

**E. Manuel.** Mode d'action du sérum antidiphthérique (Congrès français de méd., Nancy, août 1896).

**Ausset.** A propos des indications et des accidents de la sérothérapie antidiphthérique (Congrès français de méd., Nancy, août 1896).

**Ferré.** Du pouvoir immunisant contre la diphthérie du sérum de cheval normal (Congrès français de méd., Nancy, août 1896).

**Bosc.** De la valeur des phénomènes consécutifs aux injections de sérum antidiphthérique (Congrès français de méd., Nancy, août 1896).

**G. H. Roger.** Accidents imputables à la sérothérapie (Congrès français de méd., Nancy, août 1896).

**M. Jaboulay.** Procédé et voie à suivre pour extirper les tumeurs de l'amygdale (*Lyon méd.*, 9 août 1896).

**Ahmed Hussein.** La section du sympathique cervical dans l'exophtalmie et autres symptômes de la maladie de Basedow (*Thèse de Lyon*, juillet 1896).

**F. Boyer.** Contribution à l'étude du traitement de la grenouillette sus-hyoïdienne (*Thèse de Lyon*, juillet 1896).

**A. Bert.** Du traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage ; étude des divers procédés (*Thèse de Lyon*, juillet 1896).

**H. Garde.** De l'actinomycose œsophagienne (*Thèse de Lyon*, juillet 1896).

**L. d'Astros.** La sérothérapie et la diphthérie à Marseille (Congrès français de méd., Nancy, août 1896).

**Ferrier.** Hémiplegie et mutisme hystériques (Congrès français de méd., Nancy, août 1896).

**P. Moizard.** Sur le traitement de la coqueluche par les insufflations intra-nasales de poudres antiseptiques (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 août 1896).

**Mermet.** Goitre kystique hémato folliculaire. Structure de la poche (*Bull. de la soc. anat. de Paris*, fasc. 15, juin-juillet 1896).

**J. Sottas.** Note sur le goitre exophtalmique familial (*France méd.*, 14 août 1896).

**P. Simon.** Sur un cas de myxœdème congénital traité par la médication thyroïdienne (Congrès franç. de méd., Nancy, août 1896).

**Picot et J. Hobbs.** Sur un cas de paralysie labio-glosso-laryngée d'origine cérébrale (Congrès franç. de méd., Nancy, août 1896).

**G. Labit.** Un cas de papillome de la pointe de la luette (*Rev. hebdomad. de lar., otol. et rhin.*, 15 août 1896).

**Spronck.** Diagnostic bactériologique de la diphthérie contrôlé par le sérum antidiphthérique (*Semaine méd.*, 12 août 1896).

**Fourrier.** Traitement de la scarlatine maligne par le sérum antidiphthérique. Application de la méthode à d'autres cas (Congrès français de méd., Nancy, août 1896).

**E. Chaumier.** Etiologie des aphtes chez les enfants (Congrès français de méd., Nancy, août 1896).

**L. Bar.** De la thyroïdite aiguë (Congrès français de méd., Nancy, et *Rev. hebdomad. de lar., otol. et rhin.*, 20 novembre 1896).

**J. Babinsky.** Hématrophie de la langue (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 6 août 1896).

**J. Nicolas.** Production de la réaction de Gruber et Durham par l'action du sérum antidiphthérique sur le bacille de Loeffler (Comptes rendus hebdomad. des séances de la soc. de biol., 31 juillet 1896).

**G. Variot.** Indications actuelles des injections de sérum antidiphthérique (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 20 août 1896).

**A. Rivière.** Les complications opératoires dans le traitement chirurgical des goitres; indications opératoires (*Gaz. des hôp.*, 22 août 1896).

**Hache.** La diphthérie à l'hôtel-Dieu de Reims; sérothérapie et intubation; résultats (*Union méd. du Nord-Est*, 30 septembre 1896).

**R. Bayeux.** Angine diphthérique légère avec croup très membraneux. Ecouvillonnage spontané. Guérison sans autre intervention (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 1<sup>er</sup> octobre 1896).

**Ghika.** Diphthérie moyenne du pharynx et croup (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 1<sup>er</sup> octobre 1896).

**Manicatide.** Sur les paralysies d'origine centrale à la suite de la diphthérie (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, octobre 1896).

**Frœlich.** Diphthérie et sérum (*Rev. méd. de l'Est*, 1<sup>er</sup> septembre 1896).

**Jaccoud.** Angines à pneumocoque et angine diphthérique (*Bull. méd.*, 13 septembre 1896).

**Boucheron.** De la présence de l'acide urique dans la salive dans les affections uricémiques de la gorge et de l'oreille (*Rev. hebdomad. de lar., otol. et rhin.*, 10 octobre 1896).

**Castañeda.** De l'érysipèle primitif dans les inflammations aiguës et septiques de la gorge (*Rev. hebdomad. de lar., otol. et rhin.*, 10 octobre 1896).



**Menguy.** Accidents après injection de sérum de Roux et traitement médical de l'angine couenneuse et du croup d'emblée (*Indépendance méd.*, 2 septembre 1896).

**Vanden Corput.** Emploi thérapeutique de la glande thyroïde (*Journ. des Praticiens*, 16 octobre 1896).

**Reboul.** De l'actinomycose dans le Gard (Acad. de médecine., séance du 20 octobre, Paris, 1896).

**A. Poncet.** Sur un procédé opératoire nouveau pour l'extirpation de certains goîtres (Acad. de méd., séance du 20 octobre, Paris, 1896).

**A. Poncet.** De l'actinomycose et des mycoses cervico-faciales (pseudo-actinomycoses) (10<sup>e</sup> Congrès français de chir., Paris, octobre 1896).

**Le Goff.** Traitement de la coqueluche par l'antipyrine (*Gaz. heb.* de méd. et chir., 22 octobre 1896).

**P. Dalché.** Accidents causés par l'antipyrine; stomatite ulcéro-membraneuse (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 22 octobre 1896 et *Bull. de la Soc. de Thérap.*, 8 janvier 1897).

**Laur.** De l'adénoïdite aiguë primitive ou amygdalite laryngée aiguë (*Thèse de Toulouse*, 1896).

**Bourlier.** Etude sur le minio-tanin. Son action antiseptique en médecine et en chirurgie et plus spécialement dans les angines à fausses membranes (*Thèse de Toulouse*, 1896).

**Saintraille.** Contribution à l'étude de l'actinomycose en France (*Thèse de Toulouse*, 1896).

**Sirol.** Des spasmes cloniques idiopathiques de la langue ou chorée de la langue (*Thèse de Toulouse*, 1896).

**Guimbretière.** Essai sur l'angine pseudo-membraneuse due au muguet. Etude clinique et bactériologique (*Thèse de Toulouse*, 1896).

**C. Abadie.** Nature et traitement chirurgical du goitre exophtalmique (10<sup>e</sup> Congrès français de chir., Paris, octobre 1896).

**E. Tailhefer.** Thyroïdite chronique (10<sup>e</sup> Congrès français de chir., Paris, octobre 1896).

**Adenot.** Libération longitudinale de la trachée comme traitement palliatif dans le cancer du corps thyroïde (10<sup>e</sup> Congrès français de chir., Paris, octobre 1896, *Gaz. heb. de méd. et chir.*, 14 février 1897).

**Girard.** Traitement des diverticules œsophagiens (10<sup>e</sup> Congrès français de chir., Paris, octobre 1896).

**Fontan.** Sur une nouvelle opération de gastrostomie (procédé valvulaire) (10<sup>e</sup> Congrès français de chir., Paris, octobre 1896).

**R. Petit.** Le sérum antidiphthérique de Roux. Effets physiologiques et cliniques (*Thèse de Paris*, novembre 1896).

**Hébert.** Recherches cliniques et bactériologiques sur les angines à bacilles de Friedländer (*Thèse de Paris*, novembre 1896).

**Clozier.** Pouvoir hystéroclastique du réflexe pharyngien et de certains réflexes tégumentaires (Acad. de méd., séance du 27 octobre, Paris, 1896).

**G. Variot.** Action du sérum antidiphthérique sur le rein dans un cas de néphrite préexistante à la diphthérie (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 29 octobre 1896).

---

## NOUVELLES

**KARL STÖRK**

1832-1899

Nous empruntons au Prof. O. Chiari la notice qu'il a consacrée à notre regretté confrère et ami, dans la *Wiener Klinische Wochenschrift*.

Störk naquit le 17 septembre 1832 à Bude, il était fils de médecin et fit ses études dans les Universités de Pesth et de Vienne; c'est à cette dernière qu'il fut reçu docteur, le 13 juillet 1858.

Ensuite il passa plusieurs années comme assistant dans les services de Sigmund, Türck et Dittel.

Il fut un des premiers à qui Türck enseigna la laryngoscopie qu'il étudia d'abord sur le cadavre, puis sur les malades hospitalisés. Dès 1858, il communiqua à la Société I. R. des médecins de Vienne, deux observations d'affections laryngiennes reconnues à l'aide du laryngoscope. Störk disait avoir été le premier à introduire des médicaments dans le larynx en s'aidant du miroir de Türck. En 1859, il commença son enseignement par des cours privés de Laryngoscopie professés à l'hôpital général avec démonstrations anatomiques. A dater de cette époque, il montra une activité incessante pour chercher de nouvelles méthodes d'examen de diagnostic et de traitement, bien que comme jeune médecin étranger à Vienne, il eut à lutter contre beaucoup d'obstacles, qu'il réussit à surmonter grâce à son énergie et à la confiance que lui inspirait la haute valeur de la laryngoscopie. Il résolut de se consacrer entièrement à la nouvelle spécialité et s'y adonna tant pour la théorie que pour la pratique.

Störk fit des expériences sur les animaux pour observer les mouvements du larynx.

Dès le début, il put enregistrer des succès; en 1859, il publia un cas de parésie des muscles laryngiens reconnu au laryngoscope et guéri par l'électricité; il rapporta également une observation d'ulcération syphilitique laryngée diagnostiquée avec le miroir et décrit le procédé de cautérisation localisée du larynx.

Il construisit alors des porte-caustiques. A peine connut-on à Vienne la première opération de polype du larynx pratiquée par V. v. Bruns, par la méthode endo-laryngienne, que Störk imita son exemple. Il racontait qu'il fut le premier à Vienne, en 1862, à extirper un polype du larynx avec le couteau laryngien, après trois ou quatre tentatives chez une malade de sa clientèle.

Les succès de Störk allant toujours en augmentant et ses nombreuses publications le firent nommer, le 4 mai 1867, *privat-docent pour les affections du larynx et du pharynx*. Ce fut le premier pour cette spécialité. Promu professeur extraordinaire de laryngologie, le 13 juin 1875, il prit, le 15 décembre 1891, la direction de la Clinique laryngologique et reçut ultérieurement le titre de professeur.

Störk était fondateur et président de la Société Viennoise de Laryngologie. C'était un excellent homme qui sera regretté par tous ceux qui

l'ont approché ; son habileté opératoire lui avait donné une grande réputation. Bien que très malade il continua l'exercice de sa profession presque jusqu'au dernier jour. Il avait trouvé le bonheur au milieu des siens et de ses anciens assistants pour qui il avait une amitié sincère, l'entourèrent constamment de leur respect et de leur affection.

Stœrk s'est toujours occupé de perfectionner la technique des opérations endo-laryngiennes. Il fit construire des instruments spéciaux pour l'ablation des polypes du larynx. Sa guillotine, qui date de 1870, est bien plus pratique que celle de v. Bruns (1865), de même que son serre-nœud, elle a été employée partout, mais les applications de ces deux instruments sont restreintes depuis qu'on a recours à la cocaïnisation.

D'autres instruments de son invention sont très usités.

Le manche de Stœrk, essayé en 1880 à sa Clinique, a servi à Krause pour monter sa double curette.

Dès 1881, S. s'occupa de l'œsophagoscopie, mais c'est seulement en 1896 qu'il modifia l'instrument de Mikulicz ; en 1874, il construisit un excellent appareil pour inspirer l'air libre et expirer l'air raréfié. Il imagina aussi un dilateur laryngien et apporta des modifications aux tubes à intubation.

En 1880, S. vit à sa Clinique un cas de pachydermie typique de la corde vocale droite qu'il prit pour une ulcération tuberculeuse.

Son principal article clinique est celui qui concerne la « blennorrhée de Stœrk ». En juin 1867, il montra à la Société de Médecine un cas d'épaississement et d'adhérence des cordes vocales, qui avait évolué lentement en même temps qu'un catarrhe suppuré du nez et des voies aériennes supérieures. D'après l'autopsie, c'était le premier cas reconnu de sclérome des voies aériennes supérieures. Le grand mérite de Stœrk est d'avoir reconnu et soigneusement décrit la corrélation existant entre les altérations du nez, du pharynx et du larynx.

Il avait ainsi découvert une nouvelle affection inconnue jusqu'ici, mais dont il ignorait la nature véritable et l'étiologie bactériologique. Lorsqu'en 1870, Hébra décrivit sept cas de rhinosclérome on ne soupçonnait pas encore la relation entre la blennorrhée de Stœrk et cette affection. Ce n'est que plus tard qu'on élucida la question et Stœrk adopta la dénomination de sclérome, tout en conservant comme synonyme, dans son dernier manuel, le terme de blennorrhée chronique.

S. fut un des premiers à pratiquer des lavages de l'antre d'Highmore par l'orifice naturel. Dans ses nombreux écrits sur le cancer du larynx, il plaida en faveur de l'opération radicale par l'extérieur et chercha à expliquer la production du shock consécutif à l'intervention.

En dehors de nombreux mémoires présentant tous une grande originalité, S. publia deux manuels importants où son individualité se révèle constamment.

Dans ces dernières années, il se déclara l'adversaire du traitement chirurgical de la tuberculose laryngienne. La jeune génération de spécialistes, dont beaucoup avaient commencé leur instruction sous la direction de Stœrk, voulut de nouveau propager cette méthode ; d'où des controverses qui chagrinerent beaucoup le maître, qui toutefois sut toujours séparer la question scientifique de la personnalité.

La laryngo-rhinologie, qui a son berceau à Vienne, doit beaucoup à Stœrk ; des élèves venaient à lui de tous les pays et il est peu de jeunes spécialistes qui n'aient été initiés par lui à leur art. Tous ceux qui ont profité de ses leçons garderont de lui le meilleur souvenir.

Avec Stœrk, la vieille école viennoise perd une de ses gloires.

#### *Liste des publications de Stœrk.*

Communications laryngoscopiques (*Blätter d. k. k. Gesells. der Aerzte in Wien*, 1858).

Sur la laryngoscopie. Sur les maladies du larynx et les opérations. Méthodes de traitement (*Blätter der k. k. Gesells. der Aerzte in Wien*, 1859).

Etudes laryngoscopiques (*Zeits. f. prakt. Heilk.*, 1860).

Porte-causiques (*Österreichische Zeits. f. prakt. Heilk.*, 1860).

Communications laryngoscopiques (*Wiener medicin. halle*, 1863).

Serre nœud protégé pour l'ablation des tumeurs, couteau laryngien pour opérer les tumeurs dures du larynx. Guillotines (*Wiener. med. Wochens.*, 1869).

Opérations laryngoscopiques (*Wiener. med. Woch.*, 1871-72).

Sur la laryngoscopie (*Sammlung klin. Vorträge*, 1872).

La déchirure de la membrane (*Virchow's Archiv.*, 1874).

Nouvel appareil pour respirer (*Wien. med. Wochens.*, 1874).

Blennorrhée chronique du nez, du larynx et de la trachée (*Mittheil. der Naturforscherversammlung in Breslau*, 1871, et *Wiener. med. Woch.*, 1874).

Contributions au traitement du goître parenchymateux et kystique (*Erlangen*, 1874).

Communications sur l'asthme bronchial et le traitement mécanique des poumons avec un appendice sur l'irritation provoquée par la toux (*Stuttgart*, 1875).

Trachéotomie (*Sitzungsberichte der k. k. Gesells. der Aerzte*, 1875).

Anatomie et physiologie de l'organe vocal (*Mittheilungen der Wiener. med. Doctoren Collegiums*, 1876).

Sur la toux (*Wiener med. Wochens.*, 1876).

Un cas de véritable hypertrophie de la muqueuse (*Wiener med. Wochens.*, 1878).

Hématome rétro-pharyngien (*Wiener med. Wochens.*, 1878).

Luxation du cartilage aryénoïde gauche (*Wiener med. Wochens.*, 1878).

Soudure du larynx (*Wiener med. Wochens.*, 1879).

Clinique des maladies du larynx (2 volumes de plus de 500 p. *Stuttgart*, 1880).

Contribution au traitement de la diphthérie (*Wiener med. Wochens.*, 1881).

Oesophagoscopie (*Wiener med. Wochens.*, 1881).

La parole et le chant (*Vienne*, 1881).

Sur l'emploi de la cocaïne en laryngologie (*Wiener med. Blätter*, 1884).

Traitement local de l'emphyème de l'antre d'Highmore (*Wiener med. Wochens.*, 1886).

Entraves à la formation de granulations après la trachéotomie (*Wiener med. Wochens.*, 1887).

Le tubage du larynx (*Wiener med. Presse*, 1887).

Extirpation totale du larynx (*Wiener med. Wochens.*, 1887).

Sur le cancer du larynx (*Wiener med. Wochens.*, 1887).

Guérison d'un cas de cancer du larynx avec rétablissement de la respiration normale et de la phonation (*Wiener med. Wochens.*, 1887).

Explication du shock consécutif à l'extirpation du larynx (*Wiener med. Wochens.*, 1888).

Sur l'extirpation du larynx cancéreux (*Wiener med. Wochens.*, 1889).

Guérison d'un cancer du larynx par l'ablation de la moitié gauche du larynx (*Wiener med. Woch.*, 1890).

Contribution au traitement opératoire de la tuberculose laryngée (*Wiener med. Wochens.*, 1892).

Sur le traitement créosoté de la tuberculose du larynx et des poumons (*Archiv. f. laryngol.*, 1893).

Carcinôme des cordes vocales (*Wiener klin. Woch.*, 1893).

Lymphosarcôme du pharynx et du larynx (*Wiener med. Wochens.*, 1895).

Infection cérébrale d'origine nasale (*Wiener med. Woch.*, 1894).

Les affections du nez, du pharynx, du larynx et de la trachée (Vol. de plus de 300 p. Vienne, 1895).

Sur l'œsophagoscopie (*Wiener klin. Wochens.*, 1896).

Cancer du larynx. Traitement opératoire. Statistique des opérations (*Archiv. f. laryngol.*, 1896).

Sur l'anesthésie par la cocaïne (*Wiener med. Wochens.*, 1896).

Thérapeutique générale, médication et opérations (*Handb. d. laryngol. u. rhinol.*, v. Heymann, Vienne, 1897).

Les maladies du nez, du pharynx, du larynx et de la trachée (Vol. de plus de 300 p. Vienne, 1897).

Communications de la clinique laryngologique (*Wiener med. Wochens.*, 1899).

Nous ajoutons à cette notice quelques détails complémentaires empruntés à la notice consacrée au regretté Stœrk, par le Prof. P. Heymann, de Berlin, dans la *Berliner klin. Wochenschrift*. Stœrk était un des derniers survivants des débuts de la science laryngologique, seuls vivent encore Manuel Garcia, à Londres, F. Semeleder, qui abandonna la spécialité pour suivre, au Mexique, l'infortuné empereur Maximilien en qualité de médecin particulier, et Lóri, de Pesth, qui fut assistant de Turck. Parmi les laryngologistes de cette époque figure encore Carl Gerhart qui continue à travailler.

Le fils de Stœrk, assistant de l'Institut pathologique de Vienne, a écrit au Prof. P. Heymann, que depuis plus de 100 ans, l'ainé de la famille est toujours médecin. Un de ses ancêtres fut Anton Stœrk, qui succéda à Van Swieten comme Professeur de Clinique à Vienne.

## II<sup>e</sup> CONGRÈS ESPAGNOL D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Barcelone, 19-22 septembre 1899.

Le Congrès devait se réunir en 1898, mais il a été retardé par la guerre hispano-américaine.

Le 19 septembre a eu lieu la première réunion pour l'élection du bureau définitif. Après quelques paroles du Dr ROQUER CASADESUS, président du Comité d'organisation, qui souhaita la bienvenue aux Congressistes étrangers et proposa un vote de remerciement envers les autorités et les corporations ayant contribué à la réussite du Congrès et des réponses des Drs URUÑUELA et FORNS, de Madrid, le bureau fut constitué ainsi qu'il suit :

*Séances générales* : Dr ROBERT, président ; Dr MARCARO et FARGAS, vice-présidents ; Dr MASIP, secrétaire général ; Dr BORRAS et RUÍZ Y MATAS, secrétaires des séances ; Dr COLL Y BOFILL, trésorier ; le doyen de la Faculté de Médecine et les Présidents de l'Académie Royale et du Collège des Médecins furent nommés présidents d'honneur.

*Section d'otologie* : Président, FORNS (Madrid) ; vice-présidents, ROYO GALINDO (Saragosse), et Tous (Palma de Mallorca) ; secrétaires des séances, A. MARTIN et VIVÉ.

*Section de rhino-laryngologie* : Président, URUÑUELA (Madrid) ; vice-présidents, J. ALVAREZ (Palma de Mallorca), et FONTANALS (Lerida) ; secrétaires des séances, PRESTA et LLEO MORELA.

La séance inaugurale eut lieu à six heures du soir au Collège des Médecins ; elle s'ouvrit sous la présidence du Dr ROQUER CASADESUS, ayant à ses côtés le Dr CODINA LANGLIN, représentant le Président de la Députation provinciale ; le Dr DOLSA, représentant l'Alcade, les prési-

dents d'honneur et les représentants des corporations et journaux médicaux.

Le Dr ROQUER prit la parole, puis le secrétaire général donna lecture de la liste définitive des membres du bureau et enfin la séance fut présidée par le Dr B. ROBERT.

Le Secrétaire général lut la liste des rapports, puis il expliqua les motifs qui obligèrent le Comité d'organisation à renvoyer deux fois la réunion du Congrès et remercia la Députation provinciale et la Municipalité de Barcelone qui, chacune, ont concédé une subvention de mille piécettes; enfin il rappela les noms des Drs LETAMENDI et MARTINEZ PACHECO (Madrid) et MORESCO (Cadix), décédés depuis le dernier Congrès.

Le Dr ROBERT prononce alors un éloquent discours inaugural, dans lequel il fait ressortir l'importance des spécialités, et surtout de l'oto-rhino-laryngologie, attendu que chacune des trois exige des connaissances approfondies et une habileté technique achevée; vu qu'il s'agit d'organes d'une importance primordiale comme les fosses nasales, l'oreille et le larynx, qui en dehors des fonctions de la vie végétative, influent notablement sur les relations sociales, puisqu'elles contribuent au contact des individus avec le monde extérieur. De plus, les affections de ces organes peuvent se représenter sur les autres, situés dans le voisinage ou à distance, de même que certaines altérations organiques influent sur l'appareil olfactif, auditif et phonatoire, de sorte qu'un spécialiste vraiment digne de cette appellation doit être en même temps clinicien et chirurgien. Au moins c'est ainsi que l'entend le Dr ROBERT, autrement il pourra passer pour un artiste plus ou moins habile, mais il ne sera pas un vrai clinicien. Le Président conclut en saluant les membres présents et les dames, puis après avoir indiqué l'ordre du jour, il lève la séance.

Les séances se tinrent à l'Académie Royale de Médecine. La section de rhino-laryngologie se réunit trois fois, les 20, 21 et 22 septembre; les Drs ESCAT (Toulouse), ROQUER CASADESUS et SOJO furent nommés présidents d'honneur. La section otologique tint deux séances, les 20 et 21 septembre; furent élus présidents d'honneur: CLAUDA (Carcassonne), SUNE et VERDOS. On proposa la création de chaires consacrées à la spécialité et on annonça la mort du Prof. STORCK, de Vienne. Un résumé des communications sera publié ultérieurement dans les *Annales*.

La séance de clôture, présidée par le Dr FARGAS, eut lieu le 22 septembre au Collège des Médecins. Le Secrétaire général donna lecture du résumé des travaux et de la motion de la section otologique relative à l'enseignement de la spécialité, approuvée par l'unanimité des Congressistes et à propos de laquelle un télégramme fut expédié au Président du Conseil des Ministres. Ensuite on décida que le Congrès se réunirait à Madrid en 1902; le Dr UREÑUELA a été nommé *Président*, et le Dr FORNS, secrétaire général du Comité d'organisation. La session fut close par un discours du Dr FORNS, mettant en lumière l'importance des Congrès spéciaux et félicitant les oto-rhino-laryngologistes de les avoir inaugurés en Espagne.

Notre tâche ne serait pas terminée si nous omettions de citer les distractions offertes aux Congressistes. Le 20 septembre, le Dr ROQUER CASADESUS avait organisé chez lui une agréable soirée musicale; le 21, le Comité d'organisation réunit tous les Congressistes étrangers dans un déjeuner à Miramar, auquel assistèrent beaucoup de Barcelonnais; le 22, le doyen de la Faculté, le Dr GINÉ, eut l'amabilité de faire visiter à divers membres du Congrès les bâtiments en construction de la Nouvelle Faculté de Médecine; et enfin, le 23, il y eut une grande excursion par train spécial (crémaillère) au monastère de Montserrat, puis on se quitta en souhaitant de se retrouver aussi nombreux que possible dans trois ans.

Dr MASIP.

SOCIÉTÉ ITALIENNE DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE  
ET RHINOLOGIE

La IV<sup>e</sup> session de cette société s'est tenue à Rome les 26, 27 et 28 octobre, sous la présidence du Prof. G. GRADENIGO (Turin) ; *vice-président*, G. MASINI (Gênes) ; *secrétaire du comité directeur*, V. GARZIA (Naples).

*Rapports.*

I. C. POLI (Gênes). Voies et modes de propagation de l'infection tympano-mastoïdienne. — II. V. GRAZZI (Pise). Sur la physio-pathologie des nerfs olfactifs. — III. A. TRIFILETTI (Naples). Lésions laryngiennes parasymphilitiques ou post-symphilitiques.

*Communications annoncées.*

*Clinique oto-rhino-laryngologique de l'Université de Gênes.*

G. MASINI. I. Cent cas d'otite moyenne suppurée chronique étudiés bactériologiquement. — II. Nouvelles recherches sur la fonction des amygdales. — III. Sur la voix aphone et balbutiée. — IV. Sur la mesure du temps de réaction acoustique. — V. Sur la mesure du temps de réaction olfactive. — VI. Sur les centres laryngés corticaux, sous corticaux et bulbaires. — G. MASINI et S. GENTA. Adénoidisme, étude expérimentale et clinique. — S. GENTA. I. Sur un cas typique de labyrinthite aiguë. — II. Sur la participation du voile du palais dans les paralysies otitiques de la 7<sup>e</sup> paire. — U. MARTINI. I. La perception des sons par la voie de la sensibilité générale, l'audition paradoxale et les dysacusies. — II. Sur les résultats de certaines opérations endotympaniques par la voie du conduit dans l'otite moyenne suppurée chronique. — A. RE. Les vibrations partielles et totales en rapport avec la fonction auditive visuelle, respiratoire et génésique chez les pigeons. — MOLINARI. Les indications de l'opération radicale dans l'otite moyenne suppurée chronique, en rapport avec les voies de propagation de la suppuration otitique aux organes nerveux centraux. — C. LATTES. Hyperesthésie et spasme de la glotte, ictus et vertige laryngé. Etude clinico-expérimentale.

*Clinique oto-rhino-laryngologique de l'Université de Turin.*

G. GRADENIGO. I. Sur la leptoméningite otitique. — II. Une méthode d'acoumètrie optique. — III. Sur la notation uniforme des résultats de l'examen auditif. — IV. Diffusion du système bibliographique décimal de Melvil Dewey pour l'otologie, la rhinologie et la laryngologie. — V. Les conditions actuelles du traitement de l'ozène. — VI. Sur les moyens les plus appropriés pour déterminer l'expansion de nos spécialités dans les Universités et la législation sociale. — GAVELLO. I. Sur quelques cas de complications endo-crâniennes otitiques. — II. Sur le traitement chirurgical des otites sèches. — G. OSTINO. Sur la simulation de la surdité bilatérale et les moyens de la découvrir. — U. CALAMIDA. I. Sur la distribution fine des nerfs dans l'amygdale pharyngée. — II. Sur l'histologie pathologique de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée. — M. SEGRE. Recherches expérimentales sur la réaction électrique du nerf acoustique.

*Institut oto-rhino-laryngologique de Milan, dirigé par T. DELLA VEDOVA.*

DELLA VEDOVA et AMBROSINI. Recherches expérimentales sur la valeur du cathétérisme de la trompe et des injections de liquides *per tubum* dans la caisse. — T. DELLA VEDOVA. I. Observations sur l'étiologie et le

traitement de l'ozène. — II. Laryngo-fissure dans un cas très rare d'occlusion laryngienne. — III. Quelques innovations dans le domaine de la thérapeutique électrique oto-rhino-laryngologique. — AMBROSINI. I. Encore sur le cathétérisme du sinus frontal. — II. Etude comparée sur le traitement anti-ozéneux. — III. Le xéroforme en oto-rhino-laryngologie. — CAGNOLA. La crase sanguine et l'économie générale de l'organisme chez les ozéneux soignés par la sérothérapie.

G. ISAIA. I. Laryngosténose grave due à des gommes du larynx (péri-chondrite cricoïdienne). Note clinique et anatomo-pathologique. — II. Sur la turbinotomie dans un but acoustique.

A. TRIFILETTI. I. Exploration directe des orifices des sinus maxillaires dans un cas de sinusite maxillaire double avec polypes multiples du nez et atrophie des cornets. — II. Evacuation artificielle, indirecte, d'un abcès phlegmoneux sublingual (angine de Ludwig). — III. Sur un abcès para-mastoiïdien vidé naturellement par la paroi du conduit auditif externe et sur les mastoiïdites en général.

G. MARTUSCELLI. Recherches expérimentales sur les bulbes olfactifs.

V. GARZIA. I. Influence de la malaria sur les affections auriculaires. — II. Epistaxis spontanées.

D. TANTURRI. Sur la tuberculose linguale.

L. AZIELLO. Intubation prolongée. Contribution au traitement des laryngo-sténoses aiguës et de l'abcès péri-trachéo-laryngien.

R. BORGONI. Les laryngites traumatiques consécutives au tubage.

G. PROTA. Tuberculôme nasal. Etude clinico-histologique.

J. SENDZIAK. Troubles laryngés dans le tabès dorsal.

J. DIOMISIO. Sur les applications de la thérapeutique pneumatique à la médecine générale et à l'otologie.

F. EGIDI. I. Corps étranger du larynx. Abcès consécutif très grave. Intubation, guérison. — II. 500 cas de tubage pour croup chez des nourrissons. Sevrage immédiat. Nouveau mode d'alimentation.

E. GUARNACCIA. Abcès extra-dural dans un cas de mastoiïdite grippale; opération; guérison rapide.

Y. ARSLAN. I. Rapports des tumeurs adénoïdes avec la kérato-conjonctivite et d'autres maladies d'yeux. — II. Traitement des bruits et vertiges auriculaires. — III. Certaines formes réflexes de végétations adénoïdes. — G. ROMANINI. I. A propos du vertige de Ménière. — II. La sonde-masseur de Lucae en otologie.

Le Prof. E. ZUCKERKANDL, de Vienne, auteur de la célèbre anatomie des fosses nasales, a reçu le titre de conseiller de cour (Hofrath).

La *Mississippi Valley Medical Association* a tenu sa 25<sup>e</sup> session annuelle à Chicago, les 3, 4, 5 et 6 octobre. Parmi les communications figurant au programme nous trouvons :

F. B. TIFFANY (Kansas-City). La glande surrénale comme agent thérapeutique en ophtalmologie, otologie et rhinologie. — J. A. STUCKY (Lexington, Ky). La chirurgie des cornets. — J. J. KYLE (Indianapolis). Traitement de la sténose nasale due à la déviation de la cloison, avec ou sans épaississement du côté convexe. — G. F. KEIPER (Lafayette, Indiana). Observations d'opérations mastoiïdiennes. — R. Mc KINNEY (Memphis). Traitement chirurgical de la sinusite chronique.



## CONGRÈS INTERNATIONAL DES SOURDS-MUETS

(Paris, 1900).

L'Exposition universelle de 1900 est une occasion heureuse de renouveler les traditions des Congrès internationaux qui ont exercé une influence si considérable sur les progrès de l'enseignement des sourds-muets.

Les questions d'éducation occupent une grande place dans l'esprit de ceux qui se préoccupent de la défense des intérêts des sourds-muets et qui aspirent à leur donner le rang légitime qui leur appartient dans la société moderne.

Les questions d'assistance méritent une égale sollicitude.

Pour répondre au désir exprimé par le plus grand nombre des instituteurs et des philanthropes étrangers, et par un certain nombre de personnes en France, qui ont fait à la proposition d'un Congrès un chaleureux accueil, une Commission s'est formée, qui a reçu de M. le Commissaire général de l'Exposition de 1900 le mandat d'organiser un Congrès international pour l'étude des questions d'éducation et d'assistance des sourds-muets.

Ce Comité s'est divisé en deux sections, celle des entendants et celle des sourds-muets.

Cette division a paru nécessaire d'abord parce que les délibérations en commun ne sont pas possibles, ensuite parce que dans le temps assez court qui lui sera accordé, le Congrès pourra aborder un plus grand nombre de questions.

Les sections devant délibérer isolément, chacune d'elles conservera la pleine et entière responsabilité des votes qu'elle aura émis.

Le Congrès se réunira dans les locaux de l'Exposition les 6, 7 et 8 août 1900.

Chacune des sections a le devoir de rechercher quelles sont les questions qui paraissent primer les autres par leur importance et leur actualité.

Constater les progrès acquis depuis quinze ans; chercher à unifier, si c'est possible, les procédés qui rendent le plus efficaces les bienfaits de la méthode orale; examiner ce qui, dans les programmes d'instruction, doit être particulièrement conservé ou rejeté; adapter les programmes aux aptitudes diverses, intellectuelles et physiques des sourds-muets; faciliter aux plus capables l'entrée des écoles d'agriculture, de commerce ou de l'industrie; encourager les sociétés de sourds-muets (secours mutuels, appuis fraternels ou autres), les associations ouvrières; étudier les questions d'assistance par le travail, telles sont les préoccupations qui ont provoqué la formation du Comité d'organisation.

Ce Comité a pensé aussi que les instituteurs, les philanthropes et les sourds-muets du monde entier avaient besoin de se connaître, d'échanger leurs vues, de se grouper pour le plus grand bien de ceux auxquels ils ont consacré leur vie et leur dévouement.

Le Comité est donc certain que tous ceux qui ont pour objectif l'intérêt des sourds-muets répondront au chaleureux appel qui leur est adressé.

Il leur demande de s'inspirer des idées générales exprimées dans cette circulaire pour formuler un certain nombre de questions.

Les questions proposées par le plus grand nombre des adhérents seront l'objet de rapports qui seront discutés. Celles concernant la Section des sourds-muets seront fixées par le Comité du Programme, d'après les propositions qui lui auront été soumises avant le 1<sup>er</sup> novembre 1899.

Les rapports, les procès-verbaux des séances et les travaux apportés au Congrès et qui n'auraient pas pu être étudiés faute de temps seront publiés en volume auquel aura droit chaque membre du Congrès qui aura payé une cotisation de 10 francs.

Cette cotisation est exigée pour faire partie du Congrès.

Des Comités internationaux de propagande vont être créés en France et à l'étranger. Un Comité de réception sera à la disposition des membres du Congrès.

Un règlement intérieur sera adressé en temps opportun à chacun des adhérents.

#### BUREAU DE LA SECTION DES ENTENDANTS

*Le Vice-Président,*  
BAGUER

*Le Président,*  
D<sup>r</sup> LADREIT DE LACHARRIÈRE.

*Le Trésorier, Le Secrétaire des séances, Le Secrétaire général,*  
D<sup>r</sup> SAINT-HILAIRE. D<sup>r</sup> LEGAY. D<sup>r</sup> MARTHA.

#### BUREAU DE LA SECTION DES SOURDS-MUETS.

*Le Vice-Président,*  
EMILE MERCIER,

*Le Président,*  
DUSUZEAU.

*Le Trésorier, Le Sec. du Comité du programme. Le Sec. général,*  
HENRI DESMAREST. HENRI GAILLARD. HENRI JEANVOINE.

Les communications doivent être adressées à MM. le D<sup>r</sup> LADREIT DE LACHARRIÈRE, quai Malaquais, 3; HENRI JEANVOINE, rue du Commerce, 77, à Epernay (Marne).

Les communications concernant le Programme de la Section des Sourds-Muets devront être envoyées à M. HENRI GALLAND, rue d'Alésia, 111 *ter*, Paris.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÈBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

CHAMPAGNE EUPÉPTIQUE DE CHOUERY. Dyspepsie et vomissements post-opératoires.

**SIROPS LAROZE IODURÉS.** Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

**SIROPS LAROZE BROMURÉS.** Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et le Polybromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Association française de chirurgie. 13<sup>e</sup> Congrès du 16 au 21 octobre 1899, à Paris. Informations et documents divers (Paris, 1899).

Epistaxis spontanées à répétition, par M. NATIER (Extrait de la *Parole*, 1899).

I. Sulla fine distribuzione dei nervi nelle tonsille. Sur la distribution fine des nerfs dans les amygdales — II. Sulla presenza di corpi fuscifili o forme blastomi cetiche nella tonsilla faringea (Sur la présence de corps fuchsinophiles ou de formes blastomycètes dans l'amygdale pharyngée, par U. CALAMIDA (Extraits du *Giorn. della R. Accad. med. di Torino*, 1899).

Schlussfolgerungen aus dem Vortrage : Ueber Tuberkulose der oberen Luftwege (Conclusions de la communication sur la tuberculose des voies aériennes supérieures, par O. CHIARI (Broch. de 3 p. impr. L. Mossi, Munich, 1899).

I. Mesure de l'acuité auditive. — II. De l'unification de la mesure de l'ouïe, par J. BARATOUX (Broch. de 19 et 16 p., Paris, 1899).

I. Deux cas de brûlure accidentelle du larynx par des poisons caustiques. — II. Fixateur du spéculum du nez et des oreilles. — III. Modifications à l'abaisse-langue, par A. COURTADE (Extrait des *Arch. intern. de lar. otol. et rhin.*, juillet-août 1899).

Peritonsillar Abscess (Abcès péri-amygdaliens, par F. C. COBB (Extrait du *Boston méd. and Surg. Journ.*, 27 juillet 1899).

I. Contribucion al estudio del tegumento que reviste las diversas cavidades del oido medio con presentacion de 100 preparaciones histologicas que prueban todo cuanto sostiene el exponente (Contribution à l'étude du tégument revêtant les diverses cavités de l'oreille moyenne, avec présentation de 100 coupes histologiques à l'appui des idées de l'auteur). — II. Lectura en la imagen laringoscópica del funcionalismo elemental de cada uno de los musculos intrínsecos de la laringe y clave del enigma de que el crico-tiroideo reciba peculiar innervacion (Lecture sur l'image laryngoscopique du fonctionnement élémentaire de chacun des muscles intrinsèques du larynx, et clef de l'énigme par laquelle le crico-thyroïdien reçoit une innervation particulière). — III. Casuística clínica que demuestra la independencia de las camaras tubarica y atico mastoidea del oido medio (Casuistique clinique démontrant l'indépendance des chambres tubaire et attico-mastoidienne de l'oreille moyenne). — IV. Discurso preliminar a la presentacion de una coleccion de 200 preparaciones de histologia topografica normal de laringe y traquea, que comprende desde el bor de libre de la epiglotis hasta la traquea inclusiva (Note préliminaire à la présentation d'une

collection de 200 pièces d'histologie topographique normale du larynx et de la trachée, comprenant du bord libre de l'épiglotte à la trachée inclusivement). — V. Discurso preliminar a la presentacion de 150 preparaciones de histologia topografica de oido externo y medio (Note préliminaire à la présentation de 150 préparations d'histologie topographique de l'oreille externe et moyenne par R. FORSS. Communications au 2<sup>e</sup> congrès espagnol d'oto rhino laryngol. Barcelone, septembre 1899).

Handbuch der Laryngologie und Rhinologie (*Manuel de laryngologie et rhinologie*, publié par P. HAYMANN, 30<sup>e</sup> fascicule, A. Hoelder, éditeur, Vienne, 1899).

A modified Siegle's Pneumatic aural speculum (Modification du spéculum pneumatique auriculaire de Siegle), par C. H. BURNETT (Extrait du *Journ. of the Amer. Med. Ass.*, 2 juin 1899).

Pneumomassage of the external auditory canal compared-with inflation of the tympanum (Pneumomassage du conduit auditif externe comparé à l'insufflation du tympan, par C. H. BURNETT. Extrait de *the University Méd. Magazine*, août 1899).

Ueber Erkrankungen des Gehör organs bei perniciosöser Anämie (Sur les affections de l'organe auditif dans l'anémie pernicieuse, par SCHWABACH (Tiré à part du *Zeits. f. Ohrenh.* Bd XXXV, h. 1. u. 2, 1899).

Sitzungsberichte der Gesellschaft der ungarischen Ohren und Kehlkopfärzte, herausgegeben von Dr L. Polyak (Comptes rendus des séances de la Société hongroise d'oto laryngologie, publiés par L. POLYAK, Budapest, 1899).

Observations on the cerebro-spinal fluid in the human subject (Observations sur le liquide cérébro-spinal chez l'homme, par SAINT-CLAIR-THOMSON, L. HILL et W. D. HALLIBURTON (Extrait des comptes rendus de la *Royal Society*, vol. 64, 1899).

Cerebro-spinal rhinorrhea (Rhinorrhée cérébro-spinale. Extrait du *Brit. Med. Journ.*, 23 septembre 1899).

Traitement des otorrhées d'origine attique (Ablation des osselets par la voie antrale) par A. MALHERBE (Extrait du *Bull. méd.*, juillet 1899).

Traitement chirurgical de l'otite moyenne chronique sèche par l'évidement pétro-mastoidien avec et sans tubage, par A. MALHERBE (Mémoire lu au 6<sup>e</sup> Congrès intern. d'otol., Londres, août 1899).

---

Le Gérant : G. MASSON.

